

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**TESIS DOCTORAL**

**Tesis de doctorado leída en la Universidad Central, el 26 de  
junio de 1902 tesis que presenta para optar al grado de  
doctor José Martí y Casas**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**José Martí Casas**

**Madrid, 2015**

# *Estenosis esofágicas.*

---

*Tesis*

que presenta para optar al Grado de  
*Doctor*

*José Martí y Casas.*

---

*Madrid 1902.*



*Exmo Señor.*

La libertad que la ley concede en la elección del tema que ha de servir de tesis para obtener el grado de Doctor, nos ha hecho desfallecer muchas veces, en el camino comenzado, al considerar la poca originalidad, la ninguna novedad que en si encierra el tema que hemos elegido; pero por otra parte, el espíritu de esta misma ley que parece apetecer que el graduando tenga algunos conocimientos prácticos de la cuestión que trata, nos determina-

ron a continuar y dar fin al modesto trabajo que sometemos a la consideracion de este respetable y competente tribunal.

Gracias a los ilustrados doctores D. Pedro Esquerdo y D. Antonio Bartumens por quienes siento el mas profundo agradecimiento, he frecuentado sus clínicas del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona, donde he podido observar multitud de enfermos y entre ellos, los tres cuyas observaciones clinicas expongo al final de esta memoria.

He seguido el orden de exposicion que es frecuente en esta clase de trabajos. Despues de un ligero apunte anatómico, exponemos lo referente a la Etiologia, Anatomia patologica, Sintomatologia, Diagnostico, Pronóstico y Tratamiento. El curso y terminaciones lo hemos involucrado

en el pronóstico, para evitarnos repeticiones y por entender que vienen a ser una misma cosa, ya que cuando fijamos la terminación, pronosticamos y lo mismo hacemos al describir el curso probable de una lesión.

Acariciamos la esperanza de que el tribunal acogiera este desaliñado trabajo con benevolencia, en atención a la poca habilidad que suele tener, quien por vez primera ejecuta temas de esta índole.

---

# I

## Anatomía del esófago.

---

El esófago (de οἶσος, yollow, φαγεῖν, comida), es un conducto músculo-membranoso que, extendiéndose desde la faringe hasta el cardíaco, conduce las sustancias ingeridas al estómago.

No es posible hacerse cargo de los distintos procesos morbosos que a este órgano afectan, sin tener una idea, cuando menos de las dimensiones, formas, estructura, relaciones y demás caracteres anatómicos del mismo.

El esófago, se continúa con la faringe, al nivel del borde inferior del cartilago cricoides

- 5 -

ó lo que es igual, de la quinta vertebra cervical, extendiéndose hasta el cardias en la parte superior izquierda del abdomen a la altura de la décima vertebra dorsal. Por la situacion se consideran en el esofago tres porciones, cervical, torácica y abdominal, limitados por la aponeurosis cénico torácica que separa la primera de la segunda y por el diafragma que está entre esta y la tercera. La porción cervical, mide aproximadamente 4 centrs.; la torácica 11 y la porción infradiaphragmática ó abdominal unos 3 centrs. Por consiguiente la longitud total del esófago es de 18 centrs. por término medio y teniendo en cuenta que desde su extremidad superior al arco dentario hay una distancia de 15 centrs., se puede por medio de la sonda apreciar la altura a que se encuentran algunas de las afecciones de este órgano y sobre

todo las estenosis, objeto de este tema.

El esófago, se dirige de arriba abajo y de derecha a izquierda ya que desde la línea media en la región cervical desciende para atravesar el diafragma en su parte izquierda. Presenta lateralmente dos curvaduras y una antero-posterior, curvaduras que tienen poca importancia para el cateterismo a excepción de cuando las paredes del tubo están reblandecidas, en cuyo caso precisa mucho cuidado para evitar la producción de una falsa vía.

El calibre del tubo esofágico, varía en sus distintos tramos siendo indispensable el conocimiento de estos cambios en su diámetro transversal. Houston (1) ha hecho experiencias acerca de ello pro-

(1) Citado por Villana, tratado de Anatomía Topográfica pag. 499 tomo I.

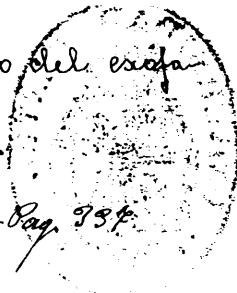


porcionando los siguientes datos:  $14^{mm}$  en el origen, estrechez normal; después se ensancha hasta llegar a  $19^{mm}$ ; siete centímetros por debajo del punto de origen, vuelve a estrecharse  $14^{mm}$ , nueva dilatación hasta  $21^{mm}$ , en algunos puntos; al atravesar el diafragma mide  $12^{mm}$ . y al llegar al cardia otra vez alcanza los  $14$  milímetros. Por estos datos, se ve que el esófago normalmente presenta tres puntos estrechados, el de origen, siete centímetros debajo de este, y el en que atraviesa el diafragma. Ahora veremos al ocuparnos de la etiología, la importancia que tienen estos estrechamientos normales en la localización de determinados procesos. Dedícase también de lo dicho que en estado de hígidos una sonda de  $14^{mm}$  de diámetro atravesará hasta el estómago sin dificultad, pues aun cuando hemos dicho que al pasar el diafragma

ma medio  $12^{mm}$ , normalmente puede el esófago dilatarse para dar paso al bolo alimenticio y a otros cuerpos llegando hasta  $19^{mm}$  en los puntos mas estrechos y  $35$  en los de mayor capacidad. Al decir esto, nos referimos a la dilatacion brusca, despues de la cual, recobra su ordinario diametro pues, como veremos mas adelante, por causas patológicas puede sufrir dilataciones, verdaderos diverticulos, que pueden llegar a simular un pequeño estómago.

El esófago está formado por dos capas, una externa, muscular y otra interna mucosa (1). La muscular se compone de fibras longitudinales externas y circulares internas las cuales forman anillos completos. Las longitudinales no alcanzan a todo lo largo del esófago, sino que se yuxtaponen y entrelazan.

(1) Dr. Calleja. Anatomia Descriptiva, Tom. 2. Pag. 934.



La capa mucosa es pálida con pliegues longitudinales está revestida de epitelio ~~par~~mentoso estratificado, hallándose en ella pocas glándulas mucíparas.

Vamos a ocuparnos de las relaciones del esófago con los órganos vecinos. Estudiaremos por separado cada una de las tres ~~par~~aciones que en él, hemos considerado ya que varían las relaciones en las distintas regiones que este órgano ocupa.

En el cuello el esófago se relaciona por delante con la tráquea de la que está separado por un tejido celular largo que facilita el deslizamiento entre estos dos órganos. Por detrás está en relación con la columna vertebral por intermedio de los músculos prevertebrales, la aponeurosis del mismo ~~nombre~~ y una capa bastante considerable de tejido celular. Por los lados se relaciona con la vaina de los queros vasos

del cuello, con los lobullos laterales del cuerpo tiroi-  
des, ambas relaciones mas acentuadas en el lado izquier-  
do, relacionase tambien con vasos y ganglios lin-  
faticos y en el borde derecho con el nervio recurren-  
te derecho, mientras que el recurrente izquierdo se  
halla en la cara anterior del esofago.

En el torax, colocado en el mediastino posterior  
se relaciona por delante: con la traquea y bronco izquier-  
do; la aorta en su parte superior, cuya arteria se colo-  
ca despues a la izquierda y mas tarde por detras y a  
la derecha; con la auricula izquierda, pericardio y  
cava inferior, asi como con los vasos y ganglios lin-  
faticos y tejido celular. Por detras, los musculos largos  
del cuello, la vena acigos, las arterias intercostales y las  
vertebras dorsales indirectamente. Ademas con tejido ce-  
lular, linfaticos y como ya antes hemos dicho con

la aorta. En las partes laterales, esta en relacion por arriba con los vagos que mas abajo se colocan por delante y detras del esofago.

En el abdomen se relaciona con el peritoneo, borde posterior del higado, descansando sobre los pilares anteriores del diafragma y terminando a nivel del cardia para continuarse con el estomago.

Las arterias que riegan este organo son: la tiroidea inferior en el cuello, en el torax, las arterias esofagicas, hijas de las arterias aorta, bronquiales e intercostales y en el abdomen, ramos infradiaphragmaticos y de la coronaria estomacica.

Las venas, afluyen a los acigos; los linfaticos van a los ganglios del cuello y mediastino y los nervios proceden del recurrente y plexus gastrico formando un plexo flajo. (1).

(1) Dr. Calleja (loc. cit.)

El esófago se desarrolla a expensas de las  
hojillas externa e interna del blastodermo. De la  
primera, se deriva la parte superior, mientras  
que la porción inferior se desprende <sup>de</sup> la hoja-  
lla interna del blastodermo. Estas dos porciones, van  
avanzando, aproximándose entre sí, hasta que lle-  
gan a ponerse en contacto, se fusionan quedando  
de este modo constituido el tubo esofágico.

---



## II

### Etiología de las estenosis esofágicas.

Son tantas y tan variadas las causas productoras de esofagostenosis, que la enumeración detallada y minuciosa de cada una de ellas, daría lugar a un largo capítulo, impropio de este sitio pues robaría el espacio necesario para otros. Pero sea cual fuere el mecanismo en virtud del que la estrechez se produce, siempre resultaría, que el elemento originario etiológico, se hallará ó bien dentro, en el interior del tubo esofágico, ó fuera de él en los órganos vecinos ó por último en el mismo tubo en sus propias paredes. De ahí que dividamos las causas de estrechez y aun las estrecheces mismas en internas ó por obs-

truncion, externas ó por compresion y parietales, intrinsecas u orgánicas. En rigor, tendríamos que establecer otra division, ó mejor una separacion anterior, de las estrecheces en congénitas y adquiridas. Pero en atencion a' que las estenosis congénitas así como las faltas parciales y las anormales del esofago son incompatibles con la vida solo a' la ligera nos ocuparemos de ellas en este capitulo, prescindiendo por completo en los restantes.

Las leyes que presiden el desarrollo intrauterino, nos son tan poco conocidas que resulta imposible descifrar el porque de determinadas anomalias que comprometen ó imposibilitan la vida del nuevo ser. El hecho es sin embargo que se han dado casos en que la porcion inferior del esofago no se ha puesto en contacto con la superior, resul-



tando dos divertículos, dos bolsas incommunicadas entre si, con una sola abertura que imposibilitando al nuevo ser de recibir ó llevar alimentos al estómago han sido causa de que sucumbiera de inanición. En otros casos, la porción inferior del esófago, la que procede de la hozilla interna del blastodermo, se comunica con la tráquea, en vez de unirse con la porción superior, y de ahí el derrame de líquidos y salida á la tráquea y bronquios, si es que puede tragarlos por la excitación, á su paso, de la laringe. La muerte no se hace esperar, ocasionada por asfixia ó en ultimo término por inanición. Lo mismo suele suceder cuando se trata simplemente de estreches congénitas, esto es, cuando estando sano por completo el esófago como los órganos vecinos se ha exagerado una de las partes nor-

malmente estrechadas, reduciendo aun mas su calibre. En este caso las multiples dificultades que se presentan a la nutrición, impiden el desarrollo del nuevo ser al que deprimen, muriendo en general poco tiempo despues de nacido. Solo tres casos se conocen en la literatura medica; (1) uno que refiere Everard Home, otro citado por Cassan y el tercer caso observado por Hunter, en los cuales se prolongó la vida hasta edad bastante avanzada.

Siendo nuestro animo ocuparnos de un modo especial de las estenosis parietales, no nos ocuparemos de las estenosis congénitas y solo designaremos un recuerdo a las estrecheces por obstrucción y compresión.

#### La estrechez por obstrucción intraeso-

(1) Tratado de Patología Médica, bajo la dirección de H. Liebm-  
sen. Tom. II. de enferm. del apar. Digestivo, pag. 848.

facia es debida la mayor parte de veces, a cuerpos extraños detenidos en el trayecto del tubo. El número de estos cuerpos es incontable. No precisa que el cuerpo tenga un diametro mayor de 12 ó 14 <sup>mm</sup>; pues su forma, el ser ó no cortante ó punzante ~~están~~ en la mayor parte de veces para dar lugar a los estenosis. Así cuerpos pequeños tales como espinas de pescado, alfileres, esquirlas de hueso, un anuelo, plumas etc. y una serie de objetos que hay la mala costumbre de introducir por la boca, clavos etc. producen distacacion en la mucosa ó cuando menos la irritan provocando la contraccion de la túnica muscular que viene a aumentar el estado de estenosis que de por sí produce el cuerpo. A veces se atraganta el bolo alimenticio por efecto de su tamaño en las personas que mastican mal. Constan varios casos

de personas que usando dientes artificiales ya por la noche durante el sueño o' de día por efecto de un movimiento brusco, se han tragado ya una pieza dentaria ya una dentadura artificial (1) sucediendo esto durante un síncope, ataque convulsivo, epilepsia etc. Los niños se introducen en la boca cuantos objetos les vienen a' mano, piedras, monedas llaves, botones etc. Los cuerpos de mayor volumen como cuchillos, tenedores, puñales etc. afectan con frecuencia y casi exclusivamente a' prestidigitadores, siendo raro que tengan por objeto el suicidio. Es poco frecuente la introducción de instrumentos empleados por el médico o' el paciente mismo con el fin de curarse otras dolencias (pinzas, esponjas, espejo del laringoscopio, pinza etc.). Es mas raro todavía la detención en el esófago de materiales procedentes del estómago y que se encuentran

(1) Esteiro = Medicina clínica pag. 560.

al atravesar aquel órgano (Herin. Laprade). La detención del cuerpo extraño tiene lugar en distinto sitio del esófago segun sea el volumen y forma del cuerpo. Cuando este es pequeño y punzante o en general traumatizante puede detenerse en cualquier sitio del esófago, sobre todo cuando es de los mas pequeños como las espinas, alfileres etc. Si es de mayor tamaño suele detenerse en la parte superior del esófago, por detrás del cartilago cricoides y si no en este sitio, algo por encima de la bifurcacion de la tráquea, es decir, en la segunda parte normalmente estrechada. Los cuerpos detenidos mas abajo de este sitio lo deben a las maniobras de empuje hacia el estomago.

Entre las causas intraesofagicas debe figurar el Miquet (*iodium oblicans*) que en algunos casos

ha proliferado en la mucosa del esófago. Tiene lugar la invasión del *Muguet* por propagación desde la boca y recae en organismos debilitados por enfermedades crónicas y también puede recaer en criaturas desnutridas en lo que a la limpieza de la boca se refiere.

Los tumores pediculados, polipos, que partiendo ya del mismo esófago ya mas frecuentemente de la faringe en cuya mucosa está implantado su pedículo, cuelgan en el esófago donde se aloja la extremidad abultada, vienen obrando de igual o parecida manera a la que obra un cuerpo extraño. En rigor las estenosis que producen son de causa parietal pero por comportarse como cuerpo extraño que al fin y al cabo son, los incluímos entre las estenosis internas. Estos polipos que son por lo ge-

nal fibromas pueden ser de muy diversos tamaños, pudiendo existir varios al mismo tiempo, si bien lo mas frecuente es la existencia de uno solo.

Las estenosis por compresion pueden ser debidas a lesiones existentes en la mayor parte de los organos que están en relacion con el esofago y que hemos mencionado en el diseño anatómico preliminar. La estenosis puede ser mas ó menos completa segun el modo como la presion se realice. Si esta se ejerce en un solo sentido y es moderada puede pasar desapercibida, no así cuando la presion es circular ó se ejerce aprisionando el esofago. El mayor grado y numero de estenosis por compresion la proporcionen los procesos que dan lugar a hipertrofia del cuerpo tiroidea y de los ganglios linfáticos periesofagicos tanto del cuello como del mediastino.

La hipertrofia de la glandula tiroides ya sea debida al cancer, ya al bocio ó bien a otras causas, al manifestarse en las extremidades posteriores de la glandula hace que estas aprisionen entre si el esofago comprimiendolo y estrechando su luz ó mejor impidiendo que se ensanche. Sucede á veces que solo estan infartadas las prolongaciones de esta glandula como observó Huber. En este caso resulta bastante difícil darse cuenta de dicha hipertrofia que puede llegar hasta dejar impermeable el tubo esofágico dada la compresion que en él ejerce por ambos lados.

El infarto escrofuloso ó canceroso de los ganglios y tejido celular y conjuntivo periesofágicos tanto del cuello como del mediastino, es uno de las circunstancias mas abonadas de estenosis por compresion.



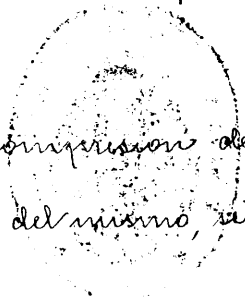
Esta puede ejercerse en un solo sentido y en este caso el esófago se desvía no dando por lo general fenómenos de disfagia, pero la mayor parte de las veces, el esófago atraviesa un verdadero bloco que por todas partes le comprime y que puede llegar a' cerrarle por completo privando el paso de las mas finas candidillas y aun de los líquidos.

Las demas lesiones son multiples y solo las enumeraremos. Las afecciones de la columna vertebral tales como caries, tumores, exostosis, cuando la lordosis es muy pronunciada, los absesos por congestión; Los tumores del mediastino, cancer de la pleura, del pulmon, así como segun Van Sorieta la retracción de los vertices de este, la pericarditis, hipertrofia del corazon, aneurismos etc. figuran todos en la etiología de las estrecheces extrínsecas. A' veces la subclavija derecha.

produce compresion por seguir una direccion anormal, tal sucede cuando dicha arteria pasa entre la traquea y esofago o entre este y la columna vertebral dando lugar a la llamada disfagia lusoria.

La hipertrofia del tiroides puede producir tambien estenosis, pero mas bien dara lugar a compresion de la traquea y fenomenos asficticos consiguientes. Como hecho raro el de compresion debida a la prolongacion de las apofisis estiloides asi como tambien a la osificacion de los ligamentos estiloides. En personas de edad avanzada, la osificacion y engrosamiento de la lamina del cricoides, puede dar lugar a disfagia, pero esta debe considerarse mas bien faringica que esofagica.

Entre los procesos que dan lugar a compresion del esofago debemos citar los diverticulos del mismo, se



bien algunos de ellos, la mayor parte, son consecuencia de la estrechez. Estos divertículos no dan lugar a ningún sintoma, cuando están vacíos, pero al depositarse en su seno parte de las sustancias ingeridas, aumentando de volumen comprimen los órganos vecinos y al mismo esófago dando lugar entre otros trastornos, a la disfagia sobre todo cuando el divertículo no es dependiente de estrechez.

Las estenosis que hemos comprendido bajo la denominación de parietales, reconocen como causas mas frecuentes los procesos canceroso y cicatricial.

La mayor parte de medios capaces de dar lugar a ulceración figuran en la etiología de las estenosis cicatriciales y entre ellos de un modo principal los acidos y las legías causticos. Las tentativas de succión por el ácido clorhídrico son extremadamente frecuentes

en Barcelona donde existe la mala costumbre de usar este caustico para fregar el suelo ni que nadie se preocupe de poner coto a la facilidad con que se adquiere el acido en dicha capital, pudiendo asegurarse que son pocas las familias sobre todo de las clases media y proletaria que no tenga en su casa un frasco de sal fuman como se dice alli vulgarmente. Por lo general al tocar estos acidos con las fauces es rechazado con violencia al exterior limitandose las ulceraciones en la mucosa faringea. Pero sucede no pocas veces que ó por la rapidez con que se provoca la ingestion ó por un estado especial de insensibilidad de la mucosa faringea se desliza el caustico hacia el esofago al penetrar en este tubo se producen contracciones que tienden a expulsarlo y como ya hemos indicado que el calibre del esofago no es el mismo

en toda su extension el liquido ingerido pasa con mas dificultad por los puntos normalmente estrechados, el contacto con ellos es mas prolongado que en los otros sitios y por ende las lesiones, la causticacion, es mas profunda. De ahi que las estenosis cicatriciales radiquen de un modo general en los sitios en que en estado de ligidez, el esofago presenta menor calibre.

No solo los acidos y legias pueden dar lugar a ulceracion, sino que esta puede ser producida por otros elementos. Asi el calor obrando a la manera que un caustico ya sea acumulado en los liquidos o ya en los solidos, en forma de bebidas demasiado calientes o bocados en identicas condiciones, han dado lugar a una quemadura del esofago con las lesiones subyacentes segun el grado de la misma. Los cuerpos extraños tampoco producen estenosis ya por su forma, cuando son pun-

rantes ó cortantes ó ya simplemente por su volumen dando lugar á compresiones, inflamacion y perdido de sustancia por supuracion ó gangrena, es muy posible que ocasionen retracciones cicatriciales que estrechen la luz del esofago. En multitud de casos solo á esta circunstancia se ha podido atribuir una estenosis intrínseca?

La difteria, que puede invadir el esofago produciendo ulceraciones mas ó menos profundas se hace figurar en la etiología de las estrecheces cicatriciales. Lo mismo ó parecido podemos decir de la viruela que puede dar lugar á la erupcion de pustulas en el esofago siendo tambien la unica causa á que en algunos casos ha podido atribuirse la enfagostenosis. segun afirma Kunze en su *Tratado de Patología Médica*, pag. 310, puede ser causa de estenosis

la formación de pústulas provocada por el uso interno del tartaro estibado. Rokitsanski afirma que en este caso, radica la estrechez en el último tercio del esófago.

La úlcera redonda del esófago, poco frecuente por cierto llamada úlcera péptica por el mecanismo que se supone la engendra, al cicatrizar da origen a una brida que constituye la estrechez consiguiente. La formación de estas úlceras se cree debida a que en el momento del vómito o por otra circunstancia haya llegado al esófago, poniéndose en contacto de su mucosa, una cantidad de jugo gástrico que la digiere en mas o menos extension, originando los fenómenos dichos.

Como causa menos frecuente todavía debemos citar las ulceraciones sífilíticas procedentes de la disgrega-

ción de nodulos gomosos que se hallan en la pared de este órgano, los que por si solos ya pueden producir estrechez pero desaparecerá probablemente, probando su naturaleza, con el uso de la medicación específica.

Más frecuente sin duda que la estrechez cicatricial es la cancerosa si hacemos caso omiso de algunos puntos circunscritos como Barcelona por ejemplo donde debido a circunstancias especiales ya apuntadas, supera la índole cicatricial a la cancerosa.

La neoplasia del esófago que puede ser primaria o secundaria afecta de un modo especial al sexo masculino. La proporción deducida de varias estadísticas (Coelle, Rebitzer Eichhorst etc) acusa un 75 u 80 por ciento de casos que afectan al hombre y solo un 20 a 25 por ciento a la mujer. Es rara la aparición



del cancer antes de los 40 años, siendo su presentación mas frecuente desde esta edad hasta los 60 de suerte que la edad es un factor etiológico al parecer de importancia. La herencia, que tanta significacion tiene en otros procesos la tiene aqui grandisima.

Entre las causas del cancer esofágico se concibe la inclusion de las irritaciones de cualquier orden que sobre el esofago se ejerzan. En este concepto todo lo que hemos dicho con respecto a la etiología de las estenosis cicatricial tiene alguna aplicacion a la de la cancerosa. Los traumatismos producidos por cuerpos extraños que den lugar a procesos inflamatorios no excluyen en ningun concepto la probabilidad de ser origen de una neoplasia; lo mismo podemos decir de las ulceraciones. El abuso del alcohol debe tenerse en cuenta al hacer la in-

investigación anamnésica del enfermo. Así mismo el tabaco, sobre todo en los grandes fumadores y mas aun en los que tienen la detestable y perniciosa costumbre de mascar y tragarlo se concibe la irritación que ha de producir, preparando el terreno para la implantación del carcinoma. La costumbre de tomar alimentos calientes en extremo; podrá no llegar a ulcerarse la mucosa esofágica pero no hay duda de que la irritación causada será de tanta consideración como la por otras causas producidas. En un caso que observamos á últimos del verano pasado y cuya descripción hacemos al final de nuestro trabajo, el enfermo refirió la costumbre que tenía de tragar todos los alimentos tanto sólidos como líquidos, lo mas calientes posible, hasta el punto de que alguna vez, los habria tenido que devolver por quemarse

las fauces. En nuestro enfermo, no podía invocarse la herencia, ni el alcohol, ni el tabaco etc. la anamnesis solo proporcionaba el dato que hemos apuntado.

El catarro crónico del estómago y en general las enfermedades crónicas de esta viscera se aceptan también en la etiología de las estenosis cancerosas.

Los abscesos situados en la pared del esófago, cuando son de alguna consideración, dan lugar a fenómenos de disfagia por estrechez aunque sea por lo general transitoria, saliendo desaparecen súbitamente tras un vómito de pus, si bien pueden quedar lesiones consecutivas que ya hemos mencionado. El catarro crónico del esófago si es de larga duración puede dar lugar: ó bien á flaccidez de las fibras musculares que podrá traducirse por

ectasia o bien a hipertrofia del tejido intersticial u muscular con lo que disminuye el calibre del tubo esofágico.

Lo mismo que hemos dicho del calor, alcohol, tabaco etc. debemos decir de la esofagitis ya sea debida a estas mismas causas, que bien pueden provocarla o ya a otras múltiples, bebidas, helados, alimentos especiados etc.

Existe otro género de estrecheces que no vienen manifestadas ni por lesiones en las timiomas esofágicas, ni en los órganos vecinos y que tampoco son debidas a cuerpos extraños, nos referimos a las estrecheces espasmódicas. Estas ~~estenosas~~ que a la larga pueden ser causa de una estrechez orgánica, suelen recaer en personas neuróticas, en individuos afectos de histerismo, epilepsia etc. y

también en sujetos anémicos. Estas estenosis no pueden reconocer otra causa que la neuritis. La estenosis puede ser continua, si bien con mas frecuencia es intermitente y aun cambia de sitio lo que permite diagnosticarlo con facilidad.

---



### III

## Anatomía patológica de las estenosis esofágicas.

---

Del apunte etiológico que hemos rese-  
ñado se desprende que siendo tantas y tan va-  
riadas las causas que pueden originar estenosis  
con ellos han de variar las lesiones que el esófago sufra.

Las lesiones producidas en el  
esófago por los cuerpos extraños, varían con el tama-  
ño, consistencia, forma, tiempo de permanencia en  
el esófago, situación en el mismo etc. etc. de tal  
suerte que puede seguirse una escala desde la sim-  
ple inflamación, hasta la gangrena y perforación

del organo que nos ocupa.

Ala por compresion simplemente del cuerpo extraño se produce hiperemia y si el cuerpo es cortante ó punzante ó tiene aristas, provoca dislocacion en la mucosa hiriendo á veces las tunicas muscular y pudiendo en ultimo término perforar el esofago y al mismo tiempo alguno de sus organos vecinos, con las graves consecuencias que no es preciso describir y que varian con el organismo lesionado. Las invasiones microbianas son faciles dado lo imposible que es llevar la antisepsia al punto herido. La compresion prolongada mortifica las tunicas del tubo pudiendo dar origen á ulceracion y gangrena. No pocas veces se junta á las lesiones dichas un espasmo, una contraccion energica del esofago que viene á aumentarlas.

Esta contracción puede ser provocada hasta por el bolo alimenticio, sobre todo tratándose de neuropteros y aprisiona el cuerpo de tal suerte que con dificultad se le puede mover en ningún sentido.

Entre las estenosis por obstrucción hemos incluido el manguet y los polipos. Del primero diremos solo que viene constituido por la proliferación de un hongo, el *oidium albicans*, que a veces alcanza bastante tamaño para obstruir por completo y solidamente la luz del esófago. Los tumores pediculados, parten con frecuencia de la faringe y su extremidad gruesa en forma de masa, cuelga en el esófago, obstruyéndolo, aunque raras veces por completo, pues como el tumor se ha hecho habitual a las paredes esofágicas, estas poco a poco han ido dilatándose no dando por lo regular ocasión a actos reflejos de contracción que aprisionen.



sionen el polipo impidiendo el paso entre él y la pared esofágica. Por regla general solo existe un polipo, pero pueden existir multiples al igual que sucede en las otras mucosas. Existen polipos con un solo lobulo, mientras otros presentan dos, tres o mas. Estos tumores son por lo comun de naturaleza fibrosa con revestimiento mucoso pudiendo no obstante ser tambien miomas, fibromiomas etc.

Cuando la estenosis es debida a compresion, puede suceder o bien que el esofago este completamente sano y libre o por el contrario que haya sido invadido por la lesion del organo comprimente y haya establecido adherencias con él. En este ultimo caso, la anatomia patologica del esofago tendra estrecha relacion, sera de igual indole que la del organo primitivamente invadido;

carcinomas, tuberculosis, etc.

Cuando el esófago está libre del proceso morboso origen de la compresión, las lesiones observadas serán las debidas a estas. Así se observará hipertrofia, tumefacción, pérdida de la configuración por la mayor o menor juxtaposición de sus paredes, cambios de dirección, sobre todo cuando la presión se ejerce en un solo sentido en cuyo caso el paso de los alimentos es mas fácil que cuando el organo está comprimido en toda su circunferencia como sucede en los infartos de los tejidos periesofágicos por ejemplo.

Ya hemos dicho que las ~~estenosias~~ mas frecuentes son las intrínsecas ~~las debidas~~ a lesiones que radiquen en las mismas paredes del esófago y entre estas las debidas a los procesos cancerosos y

ulcerativo o mejor cicatricial.

Comenzaremos la descripción anatómico patológica por estas últimas. Casi todas las estrecheces cicatriciales son debidas a la ingestión voluntaria o involuntaria de ácidos o líquidos caústicos.

Las lesiones producidas, varían según la cantidad y concentración del caústico, pudiendo seguir una verdadera gama desde la simple descamación epitelial, hasta la misma perforación. Cuando la caustificación es tan superficial que se limite a provocar la descamación epitelial, sin lesionar en nada la mucosa, se regenera el epitelio sin ulteriores consecuencias. Esta descamación que puede ser total, es casi siempre parcial y hasta puede pasar desapercibida o producir ligero escozor al paso de los alimentos.

Lo mas comun es que haya pérdida de sustancia, lo que suele observarse aun en los casos leves.

Esta pérdida de sustancia puede afectar tan solo a la mucosa y en este caso la pérdida afectar una pequeña porcion de mucosa o bien ulcerarla en toda su circunferencia dando lugar respectivamente por su cicatrizacion a bridas en formas de medias cañas o semicirculares, linguetas o bridas simplemente lineares y si afectan a toda la circunferencia a estrecheces anulares.

Tanto unas como otras por ser debidas a lesiones de la mucosa, superficiales por lo tanto, se conocen con el nombre de estrecheces membranosas. Su modo de producirse es debido a la retracción del tejido cicatricial a la que ayuda por lo regular una ligera torsion de la mucosa sana que contribuye a

disminuir la luz del esófago.

Los casos que proporcionan mas contingente a la clinica son aquellos en que la ulceración es mas profunda, en los que a más de la mucosa, están mas o menos interesadas los planos musculares. En estos casos, la pérdida de sustancia es mas grande y el proceso cicatricial mucho mas complicado. El proceso regenerador sigue todos los pasos del mismo. Una supuración abundante, que puede ser causa de intoxicación general, tiende a eliminar los tejidos mortificados y los elementos de nueva formación que no ha llegado a su completo desarrollo. Viene despues el periodo de vegetación o de encarnación en el que los elementos nuevos adquieren vigor y fuerza formando manchones carnosos o sea vegetaciones que constituyen el tejido llamado de gre-

mulacion. El tercer periodo de verdadera cicatrizacion se efectua a beneficio de un trabajo de neoformacion de tejido inodular. el cual se retrae aproximando los bordes de la llaga hacia el centro de la misma dando lugar a cicatrices viciosas que sobresalen en la luz del tubo y que segun su extension la obliteran en mas o menos. La estenosis asi producida, recibe el nombre de callosa o indurados.

Lo mismo que en las estrecheces membranosas pueden dar lugar a bridas, lenguetas o tambien a estenosis anulares. Estas ultimas reciben el nombre de tubulares cuando se extienden a mas de tres centimetros de altura. Puede existir mas de una estrechez y en este caso alternar porciones sanas del esofago con otras porciones estenosadas, pudiendo tambien alternar estrecheces de diversa configuracion,

esto es, tubulares y anulares.

Las estrecheces ocupan casi constantemente los sitios estrechados del esófago normal que como ya sabemos se hallan al comienzo del esófago, de 7 a 10 cms. por debajo de este sitio en el punto en que se crusa con el bronquio izquierdo y por fin el inferior situado unos tres centímetros por encima del cardíaco. Estos puntos suelen ser el centro de las estrecheces de tal modo que las anulares se circunscriben a ellos mientras que las tubulares tienen por regla general en los mismos el centro de la estrechez extendiéndose por encima y debajo de ellos. La explicación de este hecho, la hemos apuntado en la etiología. En efecto estos sitios son los que mas tiempo están en contacto con los causticos y los mas apropiados para que en ellos se

detengan los cuerpos extraños sufriendo en mayor o menor grado las consecuencias a ellos debidas.

La inflamación que acompaña al proceso ulcerativo por una parte y la que ocasionan los mismos alimentos al formar la estrechez o propagar no pocas veces a los tejidos y órganos vecinos trabándose adherencias que tienden a disminuir el esófago imprimiéndole diversas direcciones. En muchos casos la inflamación é hiperemia es tal, que el esófago está como reblandecido lo que hace sumamente peligroso el cateterismo como tendremos ocasión de exponer mas adelante.

Es un hecho común a las estrecheces parietales, sea cual fuere el carácter anatómico patológico que las distingue, la dilatación del esófago proximal a las estrecheces. De tal modo que podemos



decir que la estenosis provoca dilatación, y que esta es tanto mayor cuanto mas graduada sea aquella. Desde el instante o a mediada que disminuye la luz del esofago existe una resistencia mas o menos vencible al paso de los alimentos. Por encima de esta estrechez se acumulan durante algun tiempo las sustancias ingeridas. Al principio, cuando el esofago conserva integra su energia contractil, son impelidas hacia el estomago si la estrechez no es muy grande. De todos modos antes de reaccionar el esofago las sustancias han ensanchado algun tanto sus paredes. A la larga, cuando la estrechez aumenta, estas contracciones que no logran en muchos casos lanzar las sustancias a traves del sitio estrechado, producen fatiga muscular y a estos mismos estados inflamatorios que provocan las mismas sus-

tancias o el simple catarro que tiende a producir  
 paroxia de las mismas fibras musculares, se compren-  
 de que estas ceden, dando principio a la dilatacion  
 que puede ser muy considerable habiendo llegado a  
 tener una capacidad igual a la mitad del estó-  
 mago. La dilatacion puede ofrecer distintas for-  
 mas y en ellas se acumulan gran cantidad de  
 sustancias, mezcladas con saliva y moco que pueden  
 experimentar un principio de fermentación lá-  
 ctica o de verdadera putrefacción, que al ser espe-  
 lidos ya por regurgitacion, vómitos, golpes de tos o  
 por un verdadero eructismo, despiden un olor in-  
 soportable que tambien pueden experimentar los en-  
 fermos y aun los que les rodean sin necesidad de  
 que sean expelidos. Estas sustancias, a mas de su  
 aspecto de maceracion, estan privadas de ácido clor-

hidrico, dato importantísimo que nos servirá para orientarnos y asegurar si la sonda ha penetrado en el estómago o en el divertículo. Las sustancias ingeridas al dilatar el divertículo, originan fenómenos de compresión en los órganos vecinos que desaparecen, cuando aquel se vacía. (De los cambios y fermentaciones que los alimentos sufren, se desprende que la mucosa y plano muscular del esófago han de estar ulcerados llegando algunas veces á tan alto grado la inflamación, que la mucosa supura ablandeciéndose las paredes del divertículo. Cuando este ha adquirido un regular volumen y la parte estenosada ha establecido adherencias con los órganos vecinos, se desvia la parte inferior del esófago de tal suerte que la luz de la parte superior, situada por encima de la dilatación, no se corres-

puede con lo situado por debajo de ella y no es preciso esforzarse mucho para comprender los graves peligros a' que el enfermo se halla sujeto si hay quien persiste en efectuar el cateterismo pues es ~~supervacua~~<sup>summa</sup>mente fácil la abertura de una falsa vía que puede ser mortal y cuya probabilidad aumenta el estado <sup>de</sup> degeneración de las paredes del divertículo. Cuando este caso desgraciado sucede, los materiales que en mayor ó menor cantidad existen siempre en el divertículo se vacían en los órganos vecinos, tráquea, pleura, mediastino, pericardio etc. dando lugar á complicaciones casi siempre mortales.

La dilatación consecutiva á la estenosis es un hecho cuando estas radican en los tercios medio ó inferior, pero no cuando esta situada en la parte superior, pues en este caso los materiales ingeridos,

lejos de permanecer estacionados por encima de los estrechos, son deullos inmediatamente, no produciendo por lo tanto compresion excentrica que es en definitiva la causa inmediata de la estenosis.

Cuando hay mas de una estrechez, la dilatacion se efectua por encima de la superior. En efecto, no pasan por la primera estrechez mas que una pequena cantidad de los materiales depositados por encima de ella, estos se escurren con facilidad relativa a traves de las subyacentes. Sin embargo cuando la estrechez inferior es mas graduada que la superior, y esto sucede con frecuencia cuando la estenosis superior es tubular y angular la inferior, se puede formar un ligero renaudo que dara origen a ectasia, casi siempre de poca consideracion si la comparamos con las que por

encima de la estrechez superior se produce.

La parte del esófago situada por debajo de la estenosis está casi siempre normal o ligeramente estrechada si lo relacionamos con el calibre que corresponde al estado de hígido.

Otra de las causas de estenosis, la mas general, que proporciona mayor contingente en las enfermedades todas del esófago es el cancer.

El cancer esofágico, es casi siempre primario.

En los casos raros en que es secundario se debe a la propagación de los órganos vecinos afectos de esta neoplasia. A la inversa el cancer esofágico puede propagarse por continuidad con los órganos que a su vez secundariamente se encuentran, no siendo rara la invasión del mismo a la faringe, laringe, tráquea, pleura, pulmón, bronquios, tejido y ganglios perifericos así como al estó-

mago, pudiendo tambien por metastasis infectar organos muy distantes del mismo tales como los riñones, higado, pancreas, cuerpos vertebrales, medula de los huesos y hasta el cerebro y la parte inferior del cuerpo cabelludo.

El cancer toma asiento generalmente en los sitios normalmente estrechados del esofago. Se comprende que así sea por la misma razon que hemos indicado, al hacer igual afirmacion por lo que toca al sitio de las cicatrices. En efecto la irritacion que las causas determinantes del cancer provoquen en el esofago se siente de un modo especial en los sitios mas estrechos, por la misma razon de que el contacto es mas prolongado, el paso mas dificil. Respecto a la altura del cancer, no hay perfecto acuerdo. MacKenzie encontro un número mayor de cánceres en el tercio

superior. Lichthorst se inclina a creer que el tercio inferior es el mas frecuentemente lesionado, en cambio Haeker en 181 casos observados, halló 53 en la region de la bifurcacion, 26 en la parte superior al diafragma 13 en la porcion cervical y 29 en el cardias. Sumando los carcinomas del cardias con los de la parte superior del diafragma, hiatus, se ve que predomina la lesion en el tercio inferior.

La naturaleza del carcinoma cuando es secundario esta relacionada con el organo primitivamente afecto pero ya hemos dicho lo poco frecuente que es el carcinoma secundario La neoplasia primaria es casi constantemente el carcinoma de epitelio pavimentoso que puede afectar alguna de sus variedades, lobulado, gelado etc se han descrito casos aislados de carcinoma de celulas ci-



lindricas y otros, mas raros aun, de cancer encefaloi-  
deo y escirroso. Corazza cita un caso de carcinoma  
encefaloiideo.

En cuanto al modo como suele presentarse por  
lo general comienza por un foco circunscrito, una  
chapa cancerosa que va ganando terreno en altura  
y transversalmente hasta hacerse completamente  
anular. La parte del esofago lesionada puede al-  
canzar una gran altura y en algunos casos, raros  
por cierto, la totalidad del esofago se hizo carcino-  
matosa (Schrank, Zenker, Marath, Petri y otros). El vo-  
lumen del tumor puede ser muy grande hasta  
el tamaño de un puño y mas todavia. De las pa-  
redes cancerosas parten abundantes vegetaciones  
que saliendo de todas direcciones, cuando el cancer  
se ha hecho anular, y de diferente altura cuando

es digamos tubular obstruyen por completo la luz del esófago sobre todo para la sonda o' candelillas, pues a veces los líquidos en pequeñas porciones logran hallar los sitios permeables que distan mucho de hallarse en continuidad del mismo modo que si llena-  
remos una probeta de piedras de pequeño tamaño no podría llegar al fondo una varilla resis-  
tente porque chocaría con ellas mientras que el agua hallaría los espacios libres que entre si dejarían y por ellos se escurriría llegando al fondo. Algo de esto sucedía en el enfermo que hemos citado y que describiremos en la casuística, la sonda encontraba obstáculos por todas partes, en unos sitios se hundía un centímetro mas que en otros, pero <sup>por</sup> todas partes chocaba con obstáculos infranqueables; en cambio los líquidos pasaban, si bien muy penosamente.

El carcinoma va acompañado de una abundante secreción mucosa que a veces es algo purulenta o sanguinolenta y que obliga al enfermo a su expulsión casi continua y sumamente molesta.

Las partes que con el tumor confinan, están en la mayor parte de casos hipertrofiadas y a veces invadidas de la degeneración cancerosa. Es común, casi constante, la tumefacción de los ganglios periesofágicos siendo menos frecuente que alcance a los superficiales. Aquellos son invadidos en la mayor parte de casos por la neoplasia que el esófago sufre. Los primeros ganglios que se infartan son los bronquiales y traqueales así como también los mediastínicos invadiéndose más tarde los cervicales profundos.

Por encima de la masa cancerosa cuando ésta ocupa los tercios inferior o medio puede existir dis-

latación mas ó menos considerable del esófago y cuyo mecanismo de producción es el mismo que hemos citado al ocuparnos de igual lesión que acompaña a las estenosis cicatriciales.

El cancer puede sufrir dos terminaciones ó la degeneración grasienda ó la propagación si es que no ha sucumbido el enfermo antes de presentarse esta ultima. Cuando sufre la degeneración grasienda, el tumor se ulcera, disgregandose y desmenuandose por partes cuyas células presentan el aspecto de una emulsion en pequeñas gotas grasiendas, que dando por fin en sustitución del tumor, un tejido fibroso que se retrae, (ombligo canceroso). Desgraciadamente no es esta la terminación que se observa y ó el enfermo muere de inanición, ó el cancer se propaga invadiendo organos muy sepa-

rados de él y aun a veces toda la economía como  
y hemos tenido ocasion de decir.

---

#### IV

### Sintomas de las Estenosis esofagicas.

---

En este capitulo vamos a exponer los síntomas que corresponden a las estenosis, dejando para el en que nos ocupemos del diagnóstico la fijación del sitio de la estrechez el grado y naturaleza de la misma así como los medios de que disponemos conducentes a dicho objeto.

La manera como aparecen los síntomas, difiere según la causa que los origina. Cuando se ha detenido en el esófago un cuerpo extraño, aparecen por regla general de un modo brusco.

La disfagia suele ser completa y es constante, si exceptuamos casos muy raros en que ó por la noche ó durante un síncope ó ataque de histerismo ó epilepsia, ha sido tragado un pequeño objeto que el enfermo tenía en la boca ó una pieza dentaria artificial y cuyo accidente ha pasado desapercibido. De todos modos aun en estos casos rarísimos en que el cuerpo ha quedado oculto y sujeto en algún repliegue de la mucosa sobrevienen mas ó menos tarde los fenómenos disfágicos.

El dolor que es tambien por lo general constante, varía con la forma y tamaño de los objetos, y puede

ser simplemente debido a la distension que las paredes del tubo sufren, como tambien a heridas producidas por aristas del cuerpo en el caso de que sea vulnerante. Algunos enfermos lo perciben en el mismo sitio del encallamiento, en cambio otros lo acusan en sitios muy distintos, refiriendolo a la parte posterior de la fosa supraesternal o bien en el epigastrio o entre las escapulas etc. Ya se comprende que el dolor experimentado, tiene mas relacion con la forma que con el volumen del cuerpo obstruyente y no solo el dolor, sino tambien todos los demas sintomas y hasta las consecuencias. La herida de las paredes del esofago provoca una contraccion refleja, persistente, energetica por regla general que coadyuva directamente a la disfagia y el enclavamiento.

Frecuentemente se acompaña el estancamiento, de fenómenos de compresión en los órganos vecinos. Se comprende que estos guardaran relación de un modo especial con el volumen del cuerpo detenido. Por ser idénticos a los producidos por las lesiones parietales, de los que solo pueden diferenciarse por su brusquedad de aparición, los estudiaremos mas adelante.

Otros trastornos pueden producir los cuerpos introducidos en el esófago tales como herida en los órganos vecinos provocando enfermedades diversas segun sean aquellos y hasta la muerte en pocos instantes como sucede cuando se perfora la aorta.

Las estenosis extrínsecas, producidas por compresión originan tambien disfagia. La sonda



blanda suele atravesar el sitio comprimido cuando la presión se ejerce en un solo sentido y no ha disminuido mucho el esfago. Esta presión es por lo regular continua salvo algunas excepciones. Lichthorst (1) cita un caso observado por König referente a una mujer afecta de bocio, que producía compresión en el esfago la cual aumentaba extraordinariamente durante los periodos menstruales.

Siempre que el esfago se halla comprimido por completo en dos o mas sentidos opuestos, sea cual fuere la causa, los sintomas suelen aparecer de un modo semejante a los de las estenosis intrinsecas por lo que podemos comprenderlas en la misma descripción de estas. Lo mismo podemos decir de los polipos pues todas estas estenosis, tienen como caracter principal la lentitud con

(1) Patología interna, t. 2 - pag. 53.

que van apareciendo en ellos los síntomas salvo raras excepciones.

Vamos a ocuparnos de los síntomas de las estenosis intrínsecas. La manera como las lesiones se manifiestan en los diversos procesos que las producen, tiene muchos puntos de contacto, de modo que procuraremos englobar los síntomas correspondientes a toda estenosis intrínseca, sea cual fuere sea su naturaleza, procurando señalar los que son peculiares de una lesión determinada.

La lentitud en el desarrollo del cuadro sindrómico es uno de los caracteres mas constantes. Lo primero que el enfermo experimenta suele ser una ligera dificultad al pasar del bolo alimenticio, cuando este es de un volumen algo mayor del regular. Esta dificultad no es cons-

lante y su principio pasa casi siempre desapercibido sin que llame la atención del enfermo. Pero esta dificultad se repite y ya el paciente se ve obligado a tragar con cuidado procurando masticar bien, y que el bocado no sea muy voluminoso. Con frecuencia al comensar a comer el primer bocado se atraganta, necesitando el enfermo hacer algún esfuerzo que a veces ocasiona dolor, pasando después los otros sin dificultad. Transcurre más tiempo y la estenosis aumenta hasta el punto de que con dificultad pasan los sólidos. Los enfermos, toman un número de precauciones sumamente ingeniosas. Mastican los alimentos durante largo rato, no se cansan de desmenuarlos bien, misalivándolos perfectamente y tragándolos por pequeñas porciones teniendo cuidado algunos

de ellos de beber algunos sorbos de agua para que empujen el bolo al estómago. Algunos se ven precisados a ejecutar movimientos bruscos con la cabeza y extremidades, se frotan el cuello como si empujaran hacia el estómago el bolo rigidito. Transcurre mas tiempo y la estrechez aumenta todavía hasta impedir el paso a todo alimento sólido; permitiéndolo solo a las sustancias unificadas, pastosas las que mas adelante tampoco pueden franquear la estrechez, que solo atraviesan los líquidos. A todo esto el dolor al paso de los alimentos suele ser bastante intenso, todo el esófago puede sufrir alteraciones, pero sobre todo las partes situadas por encima de la estrechez se inflaman por las contracciones energicas que realizan y el frote con los alimentos y en general todo el esófago.

mo se veniente de la dificultad que la estenosis pone al paso de los alimentos. Pero todavía avanza mas la lesion y ya hasta los líquidos se ven privados de pasar la estrechez en la cantidad necesaria para sostener las fuerzas del paciente que al fin en unas cuantas gotas de líquido puede vivir.

En el capítulo anterior, nos hemos ocupado del mecanismo como se originan las dilataciones supraestenóticas. Esta dilatación que comienza por un simple ensanchamiento, acaba por convertirse en un divertículo de capacidad a veces anormal, hasta la de medio estómago y mas. Cuando estos divertículos están vacíos, no dan lugar a síntomas de ninguna clase, pero el enfermo comienza a tragar y los primeros bocados o sorbos, tampoco dan lugar a molestias de ningún género pero

cuando ha tomado varios, acumulados en el divertículo comprimen los órganos vecinos originando una serie de trastornos sumamente molestos disipnea, palpitaciones, arritmia, congestión, según los órganos comprimidos. Estos fenómenos, se prolongan hasta que se vacía el divertículo ya sea por golpes de tos, o ya por vomitos o lo que es mas frecuente por simple regurgitación. Esta regurgitación, que se ha llamado tambien vomito esofágico se produce sin nauseas como si fuese una rumiación. Se ha discutido el modo como tiene lugar la regurgitación admitiendose que era debida a un movimiento antiperistáltico. Bergey William Brinton (1) y con el la mayor parte de patólogos lo explican sin necesidad de acudir a un

(1) Citado por Krüssen Patología medica - F. I del Aparato gastrointestinal pag. 565-

antiperistaltismo dudoso. El bolo detenido, evita las paredes del esófago provocando los movimientos peristálticos del mismo. Estos movimientos, ejercen una presión circular sobre la masa obstruyente que no puede descender mas, y como la presión es continua por los lados y por debajo, quedando como unico punto libre el superior, por él enfila; del mismo modo que si en un tubo de ensayo lleno de agua introducimos un embolo que ajuste bien pero agujereado en su centro, el agua subirá por este orificio. La regurgitación puede tener lugar inmediatamente despues de tomar los alimentos; pero es mejor una devolución de los alimentos y tiene lugar cuando la estenosis está en el tercio superior. Lo mas frecuente es que el vomito esofágico tarde mas, algunas horas y hasta se tiene cla-

do cursos de tardar días. Los cambios que sufren los materiales detenidos hacen que el enfermo en la mayoría de casos sufra un fœtor ex ore tan insupportable para él como para los que le rodean.

Cuando la estrechez es bastante graduada se acumula por encima de ella gran cantidad de saliva y moco lo que molesta grandemente a los enfermos que se ven obligados a expulsarlos de vez en cuando. El liquido expulsado es espumoso, con mucosidades filamentosas y viscosas verificandose su expulsion principalmente despues de los intentos de tragar que el enfermo efectua. Cuando la estrechez es cancerosa el acúmulo de mucosidades es muy grande porque hay una abundante secrecion mucosa y en este caso la



expulsion es casi continua, exigiendo algunos esfuerzos bastante dolorosos.

El hipo atormenta considerablemente a los enfermos cuya estrechez reside en el tercio inferior, cerca del diafragma. Cuando la lesi6n productora de la estenosis es el cancer, no se presenta muchas veces este fen6meno porque englobados por el tumor, se destruyen algunos filetes del plexo g6astrointestinal inposibilitandose toda acci6n refleja sobre la faringe.

Cuando la estrechez reside en la parte superior, y especialmente si es debida al carcinoma, se observa tumefacci6n de los ganglios cervicales profundos y frecuentemente hay adherencias del es6fago con la traquea por lo que el movimiento de la laringe, que en estos casos tambien est6

en parte unida a la faringe, no son libres. En el caso a' que hemos aludido varias veces y que nosotros observamos, habia infarto de los ganglios cervicales profundos del lado izquierdo, pero la laringe se movia completamente independiente del tumor.

Hasta aqui hemos expuesto los sintomas locales, los que se producen en el mismo sitio donde la estrechez se desarrolla. Oja por si solos nos ponen en camino de diagnosticar una estenosis si atendemos a la persistencia, tenacidad y continuidad con que la estenosis se ha hecho cada dia mas grande. Pero no podemos pasar sin mencionar los trastornos generales que ocasiona la dificultad que sufre el individuo para tragar.

Los sintomas generales se van acentuando a medida que va haciendo la estrechez. La demun-

trición del enfermo es el hecho mas prematuro.

Sin embargo como todos los demas sintomas la des-  
nutrición es gradual. El peso del enfermo dismi-  
nuye. Desaparece por completo el tejido adiposo  
las mucosas se ponen casi blancas, la piel toma  
un tinte blanco amarillento, amarillento paji-  
co en el cáncer, las fibras musculares palidecen  
tambien llegando a desaparecer por completo  
las masas musculares que se atrofian y apenas  
pueden distinguirse; el corazon, va perdiendo fuer-  
za, late cada dia con menos vigor, el pulso es  
lentisimo y pequeño; los movimientos respirato-  
rios, pierden por completo su amplitud normal  
y se retardan notablemente. En un caso de  
Eichhorst (1) tardaban minuto y medio en pre-  
sentarse lo que unido a la impercibilidad

(1) Eichhorst loc. cit. pag. 53.

del pulso había hecho creer varias veces que el enfermo había fallecido. La temperatura, desciende por lo general; de todos modos suele haber aumentos febriles ligeros cuando la lesion esta algo acentuada y perfuigacion en las extremidades. La voz se debilita tambien notablemente, si ~~no~~ hay complicaciones laringeas, como sucede con frecuencia sobretodo en caso de cancer en que puede haber destruccion o parálisis de los recurrentes. Las secreciones estan muy disminuidas. Apenas hay secrecion de orina, que disminuye en algun caso a menos de 400 gramos en las 24 horas habiendose encontrado 350 gramos de urea espelidos en el mismo tiempo. A veces se hace albuminosa. Las elevaciones apenas existen. El abdomen esta completamente deprimido, pudiendose palpar con facilidad la

columna vertebral estando el epigastrio y el ipocondrio derecho profundamente hundidos. En el caso de cancer esofagico aparecen a veces prematuramente en una extremidad la flegmasia alba dolens que a veces afecta a dos extremidades. Se ha demostrado que el cancer esofagico es causa determinante de tuberculosis pulmonar, afirmacion que ha servido de tesis del doctorado a Secœur y que sienta despues de 12 observaciones recogidas de las que dos son personales. (1).

En el cancer sobre todo suele experimentar dolor que no es continuo por regla general y que aumenta con el paso de las sustancias ingeridas.

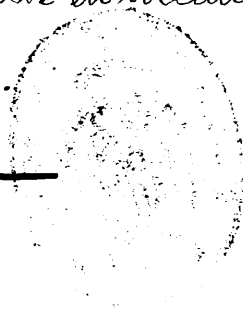
En una sexta parte de estenosis carcinomatosa

(1) Secœur Thèse pour le doctorat. Paris 29 Juin. 1882.

se encuentra una estrechez de la pupila y de la hendidura palpebral correspondiente, tumefacción del bulbo y disminución de la reacción luminosa (Hitzig) (1).

La sed tanto ó mas que el hambre atormenta a los enfermos.

El marasmo es completo, llegando a un extremo de magrura indecible, sobrevienen edemas caqueticos en las extremidades hasta que por fin la muerte pone fin a este triste cuadro que viene a constituir en muchos casos un verdadero suplicio de Góntalo, la muerte de hambre en medio tal vez de la abundancia material.



---

(1) B. Citado por Bergman loc. cit.

## V. Diagnóstico de las estenosis esofágicas.

En este capítulo, vamos a ocuparnos del modo y medios conducentes a fijar el sitio, grado, extensión y naturaleza de la estenosis así como la diferenciación entre unas lesiones y otras.

Para fijar el sitio de la estrechez se pueden emplear distintos procedimientos; comensaremos por el cateterismo. Introduciendo una sonda en el esófago llega un punto en que encuentra un obstáculo, se mide la porción de sonda introducida y restando de ella 15 centí que es la distancia del arco dentario al comienzo del esófago, se sabe la altura de

la estrechez. Así suponiendo que la sonda se introdujo 1<sup>ra</sup> entr. diremos que la estenosis está en el tercio superior, si se introduce 2<sup>a</sup>, tercio medio y si 3<sup>a</sup> tercio inferior.

No es nuestro ánimo historiar ni describir detalladamente la diversidad de sondas, construidas para efectuar el cateterismo. Se emplean sondas de goma o de caucho, o bien sondas olivares que por lo general son de ballena y en cuya extremidad lleva una oliva de marfil sujeta por un escamincito y que puede cambiarse por otras de diversos tamaños. Si dijimos que el calibre del esófago es normal, cuando pasa sin gran dificultad la oliva de 1<sup>ra</sup> mm.

Antes de proceder al cateterismo, debemos estar seguros de que no existe ninguna contraindicación pues su empleo podría dar lugar a



accidentes desagradables. El convencimiento de que no existe contraindicación se adquiere por el examen de los órganos del cuello y torax y por la anamnesis.

Habría que abstenerse en casos de aneurisma de la aorta para huir del peligro de provocar su perforación; cuando el esófago está inflamado o necrosado, pues aparte de exacerbar estos estados podría abrirse una falsa vía; también debe irse con sumo cuidado, cuando se ha comprobado la existencia de un divertículo, pues como ya dijimos sus paredes están siempre mas ó menos mortificadas y es fácil perforarlas. En un caso que observamos en el hospital de Barcelona, y cuya historia ponemos a mas adelante sucedió este fracaso que originó la muerte de la enferma, a pesar de los insistentes consejos de abstinencia que habia hecho el médico de número encargado de la

visita.

Para proceder al cateterismo se acostumbra a hacer sentar al enfermo en una silla resistente manteniendo el dorso bien aplicado al respaldo y con la cabeza algo inclinada hacia atrás, se hace abrir ~~bien~~ la boca al enfermo y si se trata de niños, alienados o personas nerviosas, se coloca entre sus dientes un trozo de caucho o corcho para evitar que hiera al profesor o muerda la sonda. Si la sonda es de goma o caucho, puede reblandecerse con agua caliente, se embadurna con aceite, glicerina o clara de huevo y se introduce teniéndola con la mano derecha, a la manera que ~~una pluma~~ de escribir. Si el enfermo no es práctico, hay que deprimir la lengua con la espatula o simplemente el índice de la mano izquierda. Se conduce la

extremidad de la sonda por detrás de la epiglotis y se la empuja con suavidad. En enfermos que estén habituados, se facilita la introducción porque ejecuta movimientos deglutorios que arrastran la sonda igual que si la tragase. Si no existe lesión, la sonda llega sin dificultad al estómago. Si la sonda se detiene, hay que proceder con cuidado pues puede tratarse de un estado espasmódico y que se vencerá así siempre retirando con lentitud la sonda y volviéndola a empujar. A veces queda aprisionada sin que sea posible hacerla avanzar ni retroceder. En este caso conviene esperar algunos momentos, tras los que suele ceder el espasmo. En caso de que quede aprisionado durante mucho tiempo, se ha vencido el espasmo haciendo beber agua caliente.

Hay enfermos en los que al ensayar el cateterismo, experimentan náuseas, dificultad de respirar, se ponen cianóticos, obligando a veces a retirar la sonda ya sea por presentarse vómito ya por la amenazada asfixia. Puede en estos casos anestesiar la faringe con una solución de cocaína u otro medio y aconsejar al enfermo que haga inspiraciones profundas y amplias y que procure estar tranquilo. La introducción de la sonda en la laringe se da a conocer enseguida por la tos y sofocación que origina, pudiendo convencernos de que la sonda no ha penetrado en ella porque el enfermo podrá emitir sonidos de lo que se hallaría privado por completo.

Como ya hemos dicho el trozo de sonda introducida nos da cuenta de la altura a que se halla

la estrechez. Cuando solo queremos averiguar la altura a' que se trodea, podemos servirnos de la misma sonda esofagica pues la cuestion estriba solo en encontrar el obstáculo. Parece que por este medio el diagnostico de situacion de la estenosis ha de quedar perfectamente exacto. Un suceso en la mayor parte de casos, pero no siempre es así. Paul Reclus (1) cita algunos casos en que a pesar de repetidos sondajes se incurrió en error. En uno de ellos observado por el mismo se trataba de un individuo en el que al sondarle se encontraba un pequeño obstáculo en la region cervical, mientras que el cardias estaba completamente impermeable. Muere de inanicion y la autopsia revela el cardias completamente sano y en la region cervical, un cancer de 3 cms. de altura. Otro caso no menos curioso observó La-

(1) Paul Reclus. Patología Quirúrgica. tom. 2. pag. 478.

- 24 -

combe. Se trataba de un hombre de 50 años con estrechez al nivel de la laringe por la que después de muchos tanteos se logró pasar la sonda de 7<sup>mm</sup>. No presentaba otros síntomas generales ni locales, que la caquexia.

Murió el enfermo, encontrándose por la autopsia el esófago completamente sano, cancer en el estómago.

Conocido el sitio que ocupa la estrechez, precisa determinar el grado y extensión de la misma. Para lo primero se emplean sondas olivares o no que van introduciéndose sucesivamente por orden de mas a menos gruesa, hasta dar con una que pase la estrechez. Es muy difícil encontrar la luz de la estrechez sobre todo en los casos en que el esófago sigue una dirección tortuosa o cuando existiendo dilatación y adherencias la parte inferior de la estrechez no corresponde directamente a la que está por en-

cina de ella. También es difícil como ya hemos dicho, cuando la estrechez es cancerosa y hay abundantes vegetaciones.

Para medir la longitud de una estrechez, se han construido diversas sondas, cuyo principal objeto es hacer perceptible el comienzo y fin de la estrechez con lo que se aprecia su extensión por la diferencia entre la longitud de sonda introducida hasta su terminación y hasta el principio de la estenosis. Hay sondas impresas tales como la de Holmes, la de Kelling que están recubiertas de cera. Estas sondas llamadas también modeladores, han caído en desuso. Ferrie, ideó una sonda en la que se marca el principio y fin de la estrechez por medio de un saquito de pan de oro. Sainte Marie ha construido una sonda altamente

nigerosa. Es hueca, en su extremo inferior lleva una oliva compresible y en la superior un tubo graduado. Se llena la sonda de un líquido coloreado, procurando que llegue hasta el cero. Como que la cavidad de la oliva comunica por la sonda con el tubo superior que hace de manómetro, al encontrar la estrechez, el líquido sube en esta, volviendo a ocupar la primera posición, tan pronto como ha pasado la estenosis. A mas de la longitud de la estenosis, puede apreciarse las variaciones de calibre que en su trayecto presenta por las oscilaciones del líquido en el tubo superior. Otro medio para medir la estenosis es sencillamente valerte de una sonda olivar con la que el profesor Blandinado puede en multitud de casos una vez atravesada la estrechez reconocer el punto inferior por la resistencia



que oprime a la oliva.

Otro procedimiento diagnóstico viene constituido por la auscultación usada por Wunderlich primero y generalizado mas tarde por Hamburger.

Los ruidos que se perciben, son debidos al roce de las sustancias ingeridas con las paredes del esófago y tambien al aire con que suelen ir mezclados los alimentos agregando Samie Marie la separación de las paredes esofágicas. En estado patológico, cambian estos ruidos con el estado de las paredes ya sea de lisura o asperesa, con la mayor o menor dilatación supraestenósica percibiéndose el ruido de glu glu como si el líquido cayese en el estómago y cuando hay estreches cesa el ruido al atravesarla pudiéndose algunas veces volverlo a oír despues. Algunas veces vuelve a percibirse

el ruido en direccion ascendente, otras se oye el mismo ruido normal debilitado. La auscultacion puede practicarse en el cuello, a la izquierda de la laringe desde el cartilago cricoides hasta la laringe, si bien los ruidos faringeos enmascaran y dificultan la clara percepcion de los esofagicos. En el torax, hay que auscultar a la izquierda de las apofisis espinosas de la columna vertebral, e inmediatamente junto a ellas desde la septima vertebra cervical hasta la novena o decima dorsal. El enfermo se coloca sentado y dispuesto a beber una cantidad de agua a una señal convenida. El practico se coloca en posicion conveniente, teniendo la oreja aplicada y cuando esta en disposicion de percibir los ruidos que se producen, hace la señal y el enfermo traga el

agua. Es necesario repetir varias veces la operación para que podamos fijar el sitio donde dejan de oírse los ruidos.

Poco puede esperarse de la percusión del esófago. Podrá ser utilizable en casos de grandes neoformaciones o divertículos. Para facilitar la Trimmssen ha insuflado ácido carbónico introduciendo bicarbonato de sosa y ácido tartárico. Por este medio, cree Trimmssen, que puede hacerse accesible a la percusión, cuando hay un divertículo o dilatación y quizá también para precisar el asiento de la estrechez sin el uso de la sonda y aun para resolver las dudas, cuando se sospecha de la existencia de estenosis múltiples así como para apreciar el grado de estrechez con relación a la permeabilidad del conducto para los

gases y líquidos puesto que a la percusión del esófago hinflado, debe agregarse la auscultación para hacernos cargo de la salida mas o menos rápida de los gases o líquidos a través de las estrechuras lo que permite establecer una deducción acerca del grado de la misma.

Como medio diagnóstico poderoso debemos citar la esofagoscopia. Antiguamente se efectuaba mediante un espejo laríngeo, y excusado es decir, los pocos resultados con ella obtenidos. Mikulicz ha sido el primero que se ha valido de aparatos especiales para efectuar la esofagoscopia. Describiremos a grandes rasgos la disposición fundamental de las partes que integran el aparato en cuestión que ha sufrido y sufre sin duda distintas variaciones. Cons-

ta de un foco luminoso y sea el electroscope de Casper o el panelectroscope de Leiter. La luz se refleja oblicuamente en el interior de un tubo por medio de un espejo situado de tal modo que deje libre la entrada del tubo para efectuar por ella la vision. Existen diversos tubos de variada longitud que son los que se introducen en el esofago y se unen al aparato productor de luz. Hay ademas un aditamento de aparatos tales como pinzas, portatorundas etc.

El enfermo que debe reconocerse, es conveniente que este en ayunas y debe el práctico asegurarse de que no existen lesiones que contraindiquen la introduccion del tubo; contraindicaciones que vienen a ser las mismas indicadas para el cateterismo si bien Hacker cree

que ofrece menos inconvenientes en general; no obstante, hace notar la contraindicación que ofrecen las enfermedades que van acompañadas de trastornos respiratorios.

Para proceder a la esofagoscopia, se comienza por introducir primero una can-  
delilla para hacernos cargo del sitio de la estrechez  
o lesión, si existe, y usar uno u otro tubo. Sentado  
el enfermo extiende tanto como puede la cabe-  
za y se introduce el tubo con su mandrin, em-  
badurnado con un cuerpo grasoso. El sitio que opo-  
ne mas dificultad al paso del tubo es el poste-  
rior a la laringe, vencido este puede con faci-  
lidad llegar al estómago si no existe lesión que  
lo impida. Se retira el mandrin, atornillan-  
do despues al tubo el aparato fotografico y retirando

con lentitud el tubo puede irse inspeccionando las paredes esofágicas. Comprendese el valioso concurso que proporciona al diagnóstico la inspección directa; y no solo al diagnóstico sino también para el tratamiento resulta de utilidad inusitada el empleo de la esofagoscopia. Sostiene que por la violenta posición que ha de guardar el enfermo se hace este procedimiento muy penoso y aun a veces intolerable, sobre todo en las primeras sesiones.

Además del sitio, extensión y grado de una estrechez, hay que diagnosticar su naturaleza, la que en muchos se desprende de la anamnesis y síntomas actuales pero que en otros casos ofrece dudas de tal género que el práctico se ve perplejo sin atreverse a aceptar una lesión determinada.

La existencia de un cuerpo extraño en el esófago, se acompaña en la mayor parte de casos de tales circunstancias que no hay lugar a duda de ningún género; el enfermo ha tragado un cuerpo que inmediatamente o poco después, ha dado lugar a la serie de síntomas que llevamos dichos. Pero puede suceder que el cuerpo después de haber lesionado el esófago haya pasado al estómago, continuando sin embargo los fenómenos en el mismo estado que si el cuerpo se hallara aun en el punto lesionado. Acontece también que ó durante el sueño ó en un ataque epiléptico, histerico, etc. el paciente haya tragado inadvertidamente un cuerpo que tiene en la boca y que a veces ocasiona fenómenos de estenosis tardíos. Cuando se sospeche la existencia del cuerpo



extraño, podemos valernos de la esofagoscopia o también de la sonda. Duplay ha inventado su sonda acústica que en uno de sus extremos el inferior lleva una oliva de plata y en el otro un aparato de resonancia relacionado con aquella y con unos tubitos de caucho que se adaptan al oído del observador. Mediante este ingenioso aparato, se precisa la existencia del cuerpo y el sitio en que se halla. No obstante en un caso de Lichhorst, (1) en que se trataba de un diente artificial atascado pasó desapercibida la causa que reveló la autopsia. Collin construyó una sonda semejante a la de Duplay que utilizó con éxito en un individuo que se había tragado un tenedor, (2).

(1) Lichhorst - Tratado de patología médica, pág. 46.

(2) Kentz y Limmser, T. 1.º de enfermedades del Aparato Digestivo. 371.

La existencia de polipo se manifieste, cuando estos adquieren un regular volumen, por síntomas poco precisos. Se sospecha dicha afección por exclusión de las otras lesiones estenosantes, pudiendo hoy auxiliarnos grandemente con la esofagoscopia.

El diagnóstico de las estenosis por compresión, es difícil algunas veces, siendo preciso un detenido y minucioso examen de los órganos del cuello y tórax. Hay que examinar con cuidado la glándula tiroidea teniendo en cuenta que la hipertrofia puede hallarse limitada o la prolongación posterior de esta glándula, en cuyo caso es mas difícil darse cuenta de ellas. Se aclara el cuadro cuando la lesión afecta a toda la glándula o aun en el primer caso si se acompa-

ña de compresión laringea. La compresión ejercida por un aneurisma, suele ejercerse también sobre otros órganos y la que el esófago experimenta suele ser relativamente pequeña. Además el aneurisma se acompaña de síntomas lo suficiente precisos para diagnosticarlo.

Siempre debemos cerciorarnos de la no existencia de esta lesión, antes de practicar el cateterismo por el riesgo inminente de perforar el esófago y saco aneurismático. Los tumores del mediastino, así como el infarto de los ganglios periesofágicos sea o no de naturaleza cancerosa que ya hemos dicho que figuran en la etiología de la estenosis, son sumamente difíciles de diagnosticar y se confunden con una estenosis intrínseca cuando la compresión es uniforme alrededor

del esófago. Si la compresión se ejerce en un solo sentido el órgano se denia. A escepcion de casos muy especiales solo puede sospecharse la existencia de las lesiones dichas.

La existencia de un divertículo, no acompañada de manifestaciones fáciles de reconocer e interpretar. Cuando se llama de sustancia la compresión se extiende a otros órganos, la regurgitación de las sustancias en un estado bien característico y la consiguiente desaparición de la compresión ponen de manifiesto la existencia de la dilatación. No obstante la mayor parte de divertículos se acompañan de ~~dilatación~~ del esófago y estrechar del mismo ~~constrictivo~~ o la retracción de los tejidos situados por debajo de la dilatación.

Cuando la compresion es ejercida por un flemor, a' mas de los sintomas locales, los generales son bastante acentuados para que se sospeche la existencia de una lesion aguda.

Las estrecheces cicatriciales son casi siempre debidas a' la ingestion de un caustico ya sea alcali o acido, pero no debemos olvidar que tambien puede ser debida a' las lesiones ocasionadas por los cuerpos extraños y aun por lesiones puramente externas (Kiemsseu loc. cit. pag. 568). Hay que recordar tambien que es posible una quemadura parcial del esofago que puede haber pasado desapercibida cuando es debida a' sustancias demasiado calientes a' cuya ingestion hay personas que son aficionadas.

Despues de los fenomenos producidos por

- 100 -

de causticacion suelen remitir algun tanto las molestias sufridas, disminuyendo tambien la disfagia. Renace la calma, la deglucion se efectua de un modo aparentemente normal, pero al cabo de algun tiempo vuelve hacerse dificil, aumentando la disfagia paulatinamente, segun hemos tenido ocasion de exponer al hablar de la sintomatologia.

Cuando concurren tales y tan claros antecedentes, el diagnostico se hace por si mismo. El cateterismo nos presta un valioso concurso pudiendo apreciar con la sonda la resistencia que a su paso opone el tejido cicatricial. En caso de duda puede recurrirse al esofagoscopio que puede proporcionarnos datos bien caracteristicos. Conociendo por la sonda o candelilla el sitio de la estenosis, se introduce el tubo correspondiente al esofagoscopio. Mediante el mismo observase

- 101 -

la disposicion de la estrechez y su constitucion de tejido cicatricial blanquecino que resulta destacandose de la mucosa rosada por encima de la estrechez se ven tambien por lo general placas de tejido cicatricial estriadas y muy caracteristicas.

El diagnostico de las estrecheces multiples es algo mas dificil al igual que cuando no afectan forma circular, sobre todo si no se hace uso del electroscope. El tratamiento viene mas tarde a justificar el diagnostico pues si es a tiempo y se hace con constancia resulta ventajoso en la mayor parte de casos.

En varios extremos podemos apoyar el diagnostico del cancer. Cuando la estrechez radica en un individuo del sexo masculino, de mas de 40 años de edad en el que la gonorrea no

revela datos en que fundar un proceso cicatricial, sospecharemos ya la neoplasia cancerosa.

Por palpacion puede percibirse ya el mismo tumor si reside en la parte alta, o ya tambien ganglios profundos infartados. Ademas el curso es por lo general rapido y si bien se han logrado algunas mejorias de varios meses esto no es lo mas comun, sino que por el contrario la extensio se gradua cada vez mas. Cuando el tumor esta en vias de ulceracion, si practicamos el cateterismo con una sonda buca puede adherirse a ella una porcion del tumor que revela no solo su existencia, sino tambien la naturaleza del mismo. El medio mas seguro para cerciorarnos de la existencia del carcinoma es sin duda la esofascopia. Pueden observarse las excrecencias y vegetaciones de variado tama-



ño que partiendo del tumor aumentan la exten-  
sis. La mucosa por regla general está pálida y si  
el tumor está algo ulcerado, se ve manar del mis-  
mo mucosidades sanguinolentas que a veces son  
expulsadas por la boca como hemos tenido oca-  
sion de decir anteriormente. Puede tambien  
por este método excindirse una pequeña por-  
cion del tumor para someterla al microscopio,  
teniendo cuidado de que la parte excindida sea  
muy superficial, para huir de una hemorra-  
gia que si se presenta, puede cubrirse con un  
poco de algodón empapado de percloruro de  
hierro, nitrato de plata argemante. Si no basta-  
ra con lo dicho, la coquecia cancerosa junto con  
todos los trastornos que la acompañan y que  
hemos expuesto en la sintomatología, tendrían en

- 104 -

ultimo caso a patentizar el diagnóstico. De todos modos es necesario fijarlo antes de que aparezca la coquexia ya que cuando esta se presenta son inútiles todos los recursos que la ciencia posee.

Es bastante rara la estenosis sífilítica. Podrá sospecharse por la anamnesis y mas aun cuando concurren otras manifestaciones terciarias. Por la auscultacion, podria sospecharse (Zenker cit. pag. 371) que los ruidos son ásperos de roce, tanto por la auscultacion como al introducir la sonda. El tratamiento específico pondrá de manifiesto la mayor parte de veces la naturaleza de la lesion. En los casos dudosos es regla general ensayar por si acaso el tratamiento dicho si bien con pocas esperanzas y escasos resultados.

En cuanto a las estenosis espasmodicas, suelen

radicar en muchos otros afectos de neurosis. La disfagia, aparece bruscamente y del mismo modo desaparece, para presentarse de nuevo. Si en el intervalo de calma, en que no hay espasmo, se practica el cateterismo con una sonda de 14 mm; esta pasa hasta el estomago sin encontrar dificultad alguna que pruebe que el esofago esta en completa normalidad anatomica. Otro caracter notable cita Bergmann y es que la estenosis, suele variar de sitio. Estos datos y sobre todo la brusquedad de aparicion son lo suficientemente graficos para sentar el diagnostico. De todos modos no pueden hacerse afirmaciones demasiado absolutas para el porvenir pues sabido es lo facil de convertirse en organica una lesion que se creyo al principio puramente funcional.

- 106 -

Las estrecheces diftericas, flequim-  
osas etc. aparte de raras serian diagnosticables  
por la preexistencia de las correspondientes cau-  
sas y la dificultad de admitir otras.

---



## VI

### Pronóstico de las estenosis esofágicas.

Es difícil sentar en tesis general el pronóstico de las estenosis. Se desprende en la mayor parte de casos, de lo que llevamos dicho en los anteriores capítulos. El accidente producido por los cuerpos extraños, puede alcanzar extraordinaria gravedad unas veces y pasar casi desapercibido otras. Desde la muerte rápida por perforación de la aorta, hasta el á veces ligero y corto atascamiento que rápidamente cese, puede seguirse una gama en lo que atañe a la gravedad y duración de la estenosis. La distinta manera de obrar de los cuerpos según su forma, volumen y consistencia, debe

tenerse en cuenta para comprender la gravedad de las lesiones producidas. Un simple rasguño, que cura al poco tiempo, puede ser origen de una estenosis cicatricial que conduzca a la muerte después de largo plazo o que después de los trastornos inherentes a una estenosis de esta naturaleza, gracias a un oportuno tratamiento, el enfermo se alivie y cure. De tal suerte que en pocos momentos puede morir el paciente o desaparecer por completo el padecimiento, en cambio después de mucho tiempo de sufrir la lesión, pueden darse las mismas terminaciones.

El pronóstico de las estenosis por compresión, está íntimamente ligado con el de la lesión que origina la compresión de tal suerte que a él debemos de atendernos.

- 109 -

La gravedad, duracion y terminacion de las estenosis cicatriciales cambia con la extension y grado de las mismas y aun con la constancia que se ponga en su tratamiento.

Cuanto mas extenso sea lo estrecher mas debemos acentuar el pronóstico. La extension puede ser en superficie y en profundidad. La gravedad aumenta en el primer caso cuando hay estrecheces multiples siendo tambien considerable en el segundo por la tendencia a recurrir la estrecher. La oportunidad del tratamiento, influye grandemente en el curso y terminacion de la estrecher. Si desde que comienzan los primeros sintomas el enfermo tiene constancia en acudir al medico, es muy posible

que por los medios que se dirán mas adelante se logre detener la marcha progresiva que en su retracción sigue el proceso cicatricial. Pero hoy que tener en cuenta que la mayor parte de enfermos descuida el cateterismo, cuando ya no son víctimas de las molestias inherentes a la estenosis y al poco tiempo recidivaran haciéndose a veces imposible el tratamiento dilatador y teniendo que acudir a otros medios.

A diferencia de lo que por desgracia sucede en el cáncer, las estenosis cicatriciales ofrecen multiples esperanzas, de alivio cuando menos. Permiten operaciones que en el cáncer no dan resultado ya que en el caso que nos ocupa la afección, es puramente local, la influencia



- III -

que sobre el organismo ejerce es solo de privación de alimentos que introducidos por otra vía pueden subvenir a las necesidades de la economía a diferencia de otros padecimientos, cuya nociva influencia, por si patógena, repercute en todo el organismo. Sin embargo se han dado casos de muerte del enfermo por inanición cuando rechazase la intervención quirúrgica o también por tuberculosis ya que las privaciones a que el organismo está sujeto disminuyen sus energías aumentando la receptividad para el bacilo.

Otra circunstancia que debe tenerse en cuenta al formular el pronóstico es la posibilidad de un esteticismo intempestivo, practicado sin tener en cuenta el estado del esófago y de los

organos vecinos. al mismo, en una palabra cuando se sonda al enfermo sin estar seguro de que no existe contraindicacion. En una de las observaciones que tenemos el honor de exponer, se dio el lamentable caso de la perforacion. Tras este accidente puede venir la muerte instantanea sobre todo cuando por existencia de aneurisma se penetra en el saco. Otras veces, el fatal desenlace tarda unos dias, pocos por lo regular, originandose pleuritis, mediastinitis, pericarditis, bronquitis purulenta, pneumonia gangrenosa etc. segun los organos donde la sonda se introduce.

A veces tienen lugar complicaciones que es preciso tener en cuenta, tales son la ulcera cion consecutiva a una inflamacion enérgica

- 113 -

y mas aun la suppuracion sobre todo del ra-  
co ó diverticulo formado. Este accidente puede  
producir la muerte por absorcion de toxinas  
y debilitacion extrema a' que conducen al en-  
fermo la falta de alimentos por una parte y los  
fenómenos febriles por otra.

En general, podemos decir que el pronóstico  
es menos grave que antes, por los avances de la ci-  
rujia antiséptica. En cuanto a la duracion de  
la enfermedad bien podriamos decir que cuan-  
do ha alcanzado un grado bastante avanzado es  
indefinida ya que casi indefinido debe ser el tra-  
tamiento, pues ya hemos indicado la ameirosa  
que de continuo existe por las recidivas.

Cuando la estrechez es debida a la neoplasia  
cancerosa el pronóstico debe hacerse gravísimo pro-

demás decir mortal de necesidad en un plazo mas o menos corto. Hasta el presente, no se ha obtenido una sola curación, las mejorías, que ha habido pocas, son temporales y aun después de la extirpación se ha vuelto a reproducir.

La muerte puede sobrevenir por inanición y caquexia el enfermo va debilitandose y se le ha comparado a una lámpara que se extingue. Pero en otros casos la muerte sobreviene mas bruscamente. Ya por destruccion de los vasos operados por el tumor se produce una hemorragia rápidamente mortal; otras veces es la perforacion la causa de la muerte ya sea esta producida por la sonda o bien por el mismo tumor y en ambos casos vendrán complicaciones análogas a las que hemos mencionado al hablar del proctítico

- 115 -

de la estenosis cicatricial. En multitud de casos se originan metástasis (según Zenker (loc. cit.) el 60 por 100 de casos) y embolias.

La duración del padecimiento es a lo sumo de dos años. Durante dicho período no son frecuentes las mejorías, más que por el contrario el avance de la lesión suele ser persistente y progresivo. Sin embargo en algunos casos se ha logrado atajar por algún tiempo el avance del mal con la sonda (hasta 2 meses) ó bien con una intervención quirúrgica como tendremos ocasión de exponer. Pero ya hemos dicho que son períodos de calma cortos y que al poco tiempo vuelven a presentarse los fenómenos caquéticos con igual ó mayor intensidad que antes.

El pronóstico de la estenosis sífilítica, pero

leve si por el tratamiento específico desapareciera siempre la lesión, pero en multitud de casos no sucede así sea por haber equivocado el diagnóstico o aun porque quedan lesiones que no desaparecen por la acción de los medios que nos ofrecemos.

La estenosis espasmodica, dura a veces muchos años. Desaparece en algunas mujeres con la menstruación al entrar en la menopausia. Su tratamiento es difícil y por tanto hay que reservarse el pronóstico sobre todo porque, como ya hemos dicho, en no pocas ocasiones la estrechez espasmodica, con el tiempo se convierte en intrínseca, orgánica y entra de lleno en una de las clases que hemos estudiado.

Los polipos han dado resultados más o menos

deplorables segun la facilidad de su extracción.  
De modo que el pronostico a' mas de basarse  
en la forma, volumen, número, etc. de estos tu-  
mores tiene estrecha relación con el sitio don-  
de se implanta el pedículo pues cuanto mas  
arriba esté con mayor facilidad podrá ex-  
traerse.

---



## VII

### Tratamiento de las estenosis esofágica.

---

Como en todas las enfermedades, el principal fin que debemos proponernos al tratar una estrechez es remover la causa procurando la curación total y cuando esta no es posible, combatir los síntomas y procurar el alivio del pobre paciente.

Cuando se ha detenido en el esófago un cuerpo extraño, varía el tratamiento según sea la forma, volumen, naturaleza del cuerpo, así como según la altura a que se halla y el tiempo de permanencia, influyendo también los trastornos a que



puede dar lugar.

Si la detención se ha efectuado en la parte superior del esófago por detrás del cartilago cricoides, la extracción suele ser fácil por medio de una pinza faríngea curva. En algunos casos, hay compresión de la laringe lo que puede obligar a practicar la traqueotomía, cuando la extracción del cuerpo no puede realizarse con la necesaria rapidez. Si el cuerpo no puede extraerse antes de las 24 horas debe practicarse la esofagotomía operación que se efectuara antes si hay amenaza de gangrena por compresión.

Todo cuerpo extraño detenido en el esófago tiene que salir por una de las tres partes siguientes: por la boca, por el conducto natural;

empujándolo hacia el estómago, extracción incierta si es expulsado por la vía natural ó cuando por la forma ó volumen es peligroso abandonarlo á la expulsión natural y hay que practicar la gastrotomía; y por último puede extraerse el cuerpo por una abertura practicada en el mismo esófago, proceder que es siempre incierto.

Se verifica la extracción del cuerpo por la boca, cuando está detenido en una porción bastante alta, y la forma ó dimensión del mismo ofrece algún peligro á su empuje al estómago, sin que amenace traumatizar las partes superiores. Pero en general, lo primero que debe intentarse es la extracción del cuerpo por la vía alta sea cual fuere su situación volumen y forma, si

exceptuamos el caso en que se haya detenido el bolo alimenticio pues será mejor empujarlo al estómago.

Es preciso ser muy prudente cuando el cuerpo lleva muchas horas de encallamiento por la probabilidad de que haya inflamación ó ulceración de las partes comprimidas y aun necrosis de las mismas.

La extracción se verifica mediante pinzas de diversas clases. Las pinzas faríngeas que ya hemos citado. Pharière y Lutter, han construido un variado número de pinzas tanto faríngeas como esofágicas que se abren, unas de delante atrás, otras de derecho á izquierda. Todos estos aparatos y los que vamos á citar, tienen por objeto hacer presión del cuerpo ó bien empujarlo hacia arriba

para cuyo objeto es preciso que parte del instrumento pase debajo del cuerpo. Weiss, ha inventado un ingenioso aparato, que se denomina tambien cepillo ó sombrillo y se compone de un vástago en cuya extremidad inferior, hay una esterilla, encima de la que se adapta una pieza resorte que envuelve al vástago y que está formada de varillas, las que se separan a la manera que las de un paraguas, merced a un mecanismo que hay en la parte superior del vástago. Se introduce el vástago, estando aplicadas a él las varillas del resorte y cuando este ha pasado por debajo del cuerpo obstruyente se abre el resorte y sujetando el aparato con los dos manos se conduce suavemente hacia atrás con cuyo movimiento el resorte barre las paredes del

esofago arrastrando hacia arriba el cuerpo extraño. Unuse también con ventajosos resultados el cestillo o canastilla de Joraffe que consiste en una varilla de ballena en uno de cuyos extremos hay una esponja, que se utiliza para empujar el cuerpo hacia el estomago, cuando no es fácil su extraccion por la boca.

En el otro extremo, hay un doble gancho liso movable, en ambas direcciones. Este doble gancho se desliza fácilmente entre el cuerpo extraño y el esofago y al retirar el aparato se separa un poco de la varilla a que este sujeto y hace presa del cuerpo al cual conduce hacia fuera. Sucede a veces que el cuerpo no ha sido cogido y en este caso, hay que volver a introducir el aparato al que se hace girar en distintas direcciones

hasta que aprisiona al cuerpo extraño. Se usa de preferencia este aparato para la extracción de monedas.

Un medio que podemos utilizar tanto para la extracción del cuerpo por la boca, como para empujarlo al estómago, nos lo proporciona la esofagoscopia de cuya técnica nos hemos ocupado al hablar de los procedimientos diagnósticos. Mediante el podemos obrar a la segura en la extracción del cuerpo sobre todo cuando es de forma vulnerante. En este caso; aun cuando sea de pequeño tamaño, es muy peligroso extraerlo a ciegas por uno de los medios antes dichos, pues nos exponemos a dislocar toda la superficie esofágica. Con el esofagoscopio si el cuerpo es de pequeño tamaño, puede extraerse directamente por el interior mismo del

tubo y cuando el tamaño es mayor puede encajarse la parte mas vulnerable del objeto al extremo inferior del tubo y extraerlo con él. Antes de introducir el tubo conviene saber la altura a que se halla el cuerpo para decidir el tubo que debemos escoger. Von Hacker, por este medio ha logrado la extracción de cuerpos que hacia largo tiempo se hallaban detenidos y que habrían producido alteraciones en las paredes esofágicas pero en este caso debe de tenerse sumo cuidado por los graves accidentes que pueden sobrevenir.

El empuje del cuerpo hacia el estómago, puede practicarse valiendose de una sonda ordinaria o mejor de la esponja de la canastilla de Graef, y mas bien todavia auxiliandose con el esofagoscopio. Se ha utilizado tambien con resul-

tado la introducción de una pera de goma que al llegar por encima del cuerpo extraño se dilata mediante la inyección de aire o agua y que al dilatar las paredes del esófago deja libre el cuerpo para que por su propio peso caiga en el estómago. El mismo resultado ha producido en algunos casos, la introducción del tubo del esofagoscopio.

Una vez ha llegado al cuerpo el estómago hay dos procedimientos a seguir ó abandonar el cuerpo limitandonos a facilitar su expulsión por el tubo intestinal ó extraerlo directamente mediante la gastrotomía. Ebstein (1) cita un caso de una mujer que se tragó una dentadura artificial y cuya expulsión se encomendó a la vía natural, ayudándola con la ingestión de col

(1) W. Ebstein. Tratado de medicina clínica, pag. 320.



- 127 -

ácido y puro de judías o patatas, a fin de que la masa indigesta formase una envoltura al cuerpo extraño para facilitar su expulsión.

Cuando el cuerpo por su tamaño y mas bien por su forma hace tener que puede distender la mucosa intestinal y aun perforar el mismo intestino, se impone la practica de la gastrotomía, bastando empujar el cuerpo hacia la cara anterior del estomago donde se ha practicado la abertura quirúrgica. La técnica de esta operación la exponeremos al ocuparnos del tratamiento de las estenosis intrínsecas.

Se ha practicado la gastrotomía hallandose el cuerpo en la parte inferior del último tercio del esófago, pero en este caso la herida gástrica y abdominal han de ser bastante extensas para poder manio-

brar con facilidad pues la distancia desde la lre-  
nide al cardial suele ser de 20 cmts. En este ca-  
so podria utilizarse la esofagoscopia retragrade  
si bien hay pocas observaciones para resolverse  
a practicarla. Hofmann (1) en un curioso caso se  
valio de ella. Tratase de un hombre que habia  
tragado un clavo. Los trastornos disfagicos se sen-  
taron tanto que Nitzel se decidio a practicar  
la gastrotomia. La sonda no pasaba ni intro-  
ducida por la boca, ni por la fistula. La esofago-  
scopia no habia dado resultado alguno. Entonces  
Hofmann tuvo la idea de practicarla por la fistula.  
Introdujo hasta penetrar en el cardias un tubo de  
25 cmts. Durante los primeros momentos el enfer-  
mo sufrió mucho, siendo el examen bastante penoso

(1) Semaine Medicale 24 Julio 1901 - pag. 244.

pero despues tranquilizado el enfermo pudo darse perfecta cuenta de la situacion de la estenosis. Recomienda este autor la esofagoscopia retragrada, como preliminar de las operaciones que desde la fistula se realizan en direccion ascendente.

Cuando a pesar de los medios anunciados, o por la forma del cuerpo, no se ha podido extraer ni por la boca, ni el estomago, queda como ultimo recurso de extraccion la esofagotomia.

Conviene no esperar mas de 24 horas para practicarle, resolviendose a ello tan pronto como no convenzamos de la inutilidad de adoptar otros medios. Para estar indicada la operacion es preciso que el cuerpo se halle en la porcion cervical o en la parte superior de la toracica. Quede no obstante intentarse cuando se ha-

lla mas inferiormente pero en este caso los resultados no son tan brillantes pues ya es mas facil producir heridas en el momento de la extraccion.

Siendo la tecnica de la esofagotomia igual que la que con el nombre de externa se practica en las estenosis intrinsecas la describiremos al ocuparnos de ellas.

Una vez abierto el esofago o el cuerpo se nos presenta a la vista y en este caso se extrae directamente o bien debemos de buscarlo ya con los dedos ya con una candelilla y hacer presion del mismo mediante las pinzas. A veces hay que romper el cuerpo y en este caso puede hacerse uso de las cisallas. En todos casos debe ponerse sumo cuidado para que no se lesionen los bordes de la herida al efectuar la extraccion del cuerpo.

La sutura del esófago, solo puede practicarse en los casos en que no ha sido fuertemente vulnerado, cuando no existe necrosis, ni ulceracion y los fenómenos inflamatorios son ligeros. La sutura, se hace por separado, en la mucosa y en la túnica muscular, para evitar que la primera se deforme durante una contraccion muscular. La alimentacion, cuando se trata de personas debilitadas puede hacerse por el recto, pero en general al poco tiempo pueden ya alimentarse directamente por la boca teniendo cuidado de comprimir un poco los bordes de la herida. También puede hacerse uso para la alimentacion de la fístula esofágica, mediante la introduccion de un tubo.

Sucede algunas veces que la detencion

de cuerpos extraños se efectúa en sitio donde el esófago está patológicamente estrechado y en este caso puede aprovecharse la operación practicada para incidir la brida ó anillo practicando así indirectamente la esofagotomía combinada.

En último término, si el cuerpo no puede extraerse por ninguno de los medios anunciados, será preciso practicar la esofagotomía al igual que indicaremos en la estenosis cicatricial.

El tratamiento de los polipos, consiste exclusivamente en la extirpación. Esta será mas ó menos fácil según el sitio de implantación. Hecha la presión del polipo se corta el pedículo y se extrae; esto es, en términos

generales, lo que constituye el tratamiento. Una vez cortado el pedículo, la masa poliposa adquiere un lugar parecido al de los cuerpos extraños. Pero efectuar la escisión del pedículo podemos valernos con gran ventaja del esofagoscopio.

El tratamiento de las estenosis por compresión está supeditado al de la lesión que las origina.

Al ocuparnos del tratamiento de las estenosis intrínsecas, procuraremos en lo posible hablar en común de las cicatriciales y cancerosas para evitar repeticiones, procurando no obstante distinguir en determinados casos lo que a cada una de las variedades corresponde.

El tratamiento en general, puede ser ir-

esentó, dilatación progresiva o cruento esofagotomías interna, externa o combinada y gastrotomía o gastrostomía así como la extirpación de la estrechez.

La dilatación progresiva se verifica mediante distintos aparatos, sondas principalmente, siendo preciso para intentarlas que la estrechez sea permeable, a lo menos para los líquidos.

Cuando hay que tratar estenosis que no sean muy graduadas, se usan con ventaja las candelillas inglesas que las hay de diversos diámetros así como también podemos valerlos de la sonda esofágica. Tanto unas como otras exigen para su introducción las mismas reglas y precauciones que hemos indicado para el caté-



terismo como medio diagnóstico. Hay enfermos a los que después de algunas sesiones de cateterismo, podemos confiar la sonda para que ellos mismos lo verifiquen. Generalmente se emplean sondas solidas cilindricas cuando se trata de estrecheces ligeras, y conicas en las estenosis mas angostas pues pasan mejor, si bien hay que tener cuidado de no producir lesiones. Tan pronto como puede usarse la sonda cilindrica, se abandona la cónica. En las primeras sesiones, la sonda se deja aplicada poco tiempo, pues el enfermo no habituado, experimenta dificultades para respirar, deglutir ó expeler la saliva sobreviniendo ademas nauseas etc. que obligan a retirar la sonda. Cuando el enfermo se ha acostumbrado

do mas, conviene dejar aplicada la sonda 5, 10 minutos, procurando prolongar la permanencia progresivamente hasta llegar a media hora. Cuando se logre hacer pasar una sonda de 14 mm. daremos por vencida la estrechez pero jamás sera conveniente abandonar el cateterismo. Esta debe por lo menos ponerse en practica una vez la semana en el supuesto de que cada vez la sonda pase bien.

Rontier, sustituye las candelillas inglesas, por otras de tela rellenas de plomo. Billroth y otros, los han llenado de mercurio que obra por su propio peso. Cuando deben pasarse estrechez muy angostas, las candelillas inglesas no sirven porque tienen poca resistencia y se do-

blan a' pesar de que se les endurezca con agua helado. Se usan las cuerdas de tripa bien redondeadas que pueden dejarse aplicadas algun tiempo y gracias a' la humedad se hinchan y dilatan la estrechez. A' veces se hace muy difícil el paso de la sonda por no dar con la luz del tubo; en estos casos se facilita por medio de una sonda inglesa hueca que lleque hasta la estrechez, se introducen en ella varias cuerdas de tripa que se hacen adelantar sucesivamente. A los pocos tanteos suele pasar una de las cuerdas, si bien a' veces ni este proceder es realizable por cuanto la luz del esofago esta desviada. Se procura usar cuerdas de tripa de diametro progresivamente mayor.

- 138 -

Cuando la estrechez ha cedido algo tanto puede progresarse mucho en su tratamiento dilatador mediante la aplicación de un tubo de drenaje. Este se coloca poniendo en su interior una sonda directriz que puede ser una cuerda de tripa recubierta de laca para que no se distienda, o' una candelilla inglesa muy fina atravesada por un alambre de cobre, pudiendo usarse también una sonda cilíndrica de ballena pero por ser menos flexible expone más a los traumatismos. La colocación del tubo de drenaje sobre la sonda directriz, se verifica de la siguiente manera: embardunada la sonda con un cuerpo grasoso se la recubre con el tubo. Se estira este de modo que sus extremos sobresalgan de

- 139 -

los de la sonda y continuando la extension se doblan sobre los de esta, soltando el tubo. Entonces los extremos de la sonda se apoyan en la cara del tubo y como este continua extendiéndose por encima de ella, queda bien sujeto, de modo que no hay peligro de que se deslice el tubo. Se corta este en la extremidad de introduccion, dejando el otro extremo del tubo largo el cual puede en vez de doblarlo sujetarse con una ligadura o una pinza. De este modo, se introduce en el esofago y cuando ya ha pasado la estrechez se suelta el tubo por la parte superior con lo que adquiere el calibre normal. Se desliza suavemente la sonda directriz, separandola y quedando aplicado el tubo. Acostumbrese a dejar el tubo por algun tiempo hasta

- 140 -

llegar a las dos horas de permanencia. Es difícil aumentar esto porque podría ocasionar úlceras por compresión.

El tubo de drenaje que tiene principal, - mente aplicación a las estenosis cicatriciales, en las que produce resultados brillantes en poco tiempo, ha dado también resultados satisfactorios en las cancerosas proporcionando un alivio de algunas semanas, después de dos o tres aplicaciones.

Se han empleado un sinnúmero de sondas e instrumentos, algunos de los cuales se usan todavía. La sonda de Trauseau varilla de ballena con tres extremidades olivares de distinto tamaño y susceptibles de cambiarse. Sondas exclusivamente metálicas, con deli-

- 141 -

lla de sutch. Carveaux construyó una sonda que consiste en una lamina metálica cortada en espiral y que por abajo, termina en un boton mientras, en la parte superior hay un mango de acero. El dilatador de Fletscher obra por tres varillas de metal que al retirar el instrumento, se separan. Tanto esto como los otros aparatos de resorte, tienen el inconveniente de dilatarse bruscamente y hay peligro de producir una rotura del esofago. El dilatador de Jameson consiste en una varilla de bologna en cuya extremidad, existe una oliva de marfil atravesada por un conducto por el que puede introducirse una varilla de metal que sirve de guia. Sitzer en el extremo de una varilla sujetaba una esferilla de marfil que

estaba atada a un hilo. Una vez la esfera estaba en la estrechez, por un ligero movimiento se separaba de la cavilla quedando el hilo de fijador para retirarle mas tarde. Se han introducido en la estrechez dejándolas permanentes cuando no hay peligro de canulas sujetas a un hilo para extraerlas cuando converga. Sirven a mas para alimentar por ellas al enfermo.


Un dilatador bastante recomendable porque con el se precisa la dilatacion producida y puede ejercerse con tanta suavidad como el operador se propone, es el de Schreiber. Consiste en una sonda esofágica en cuya extremidad inferior va sujeta una varilla de ballena recubierta por un delgado tubo de caucho que tambien está sujeto a la sonda por su extremidad superior.



- 143 -

La extremidad inferior de la varilla está cubierta de hene. Una vez se ha introducido en la estrechez la varilla recubierta por el tubo, mediante un aparato situado en el otro extremo de la sonda y á través de esta se inyecta agua caliente, ó aire como hacía Reichmann, que dilatando el tubo, ejerce esta acción sobre la estrechez. Senator, introduce bastoncitos de laminaria, sujetos a un hilo con el objeto de que al dilatarse por la humedad ensanchen el sitio estenosado. Tienen el grave inconveniente de que no se sabe la dilatación que se producirá. Además, al decidimos á usarlos deberá rechazarse los acanalados pues su dilatación es á veces muy brusca y ha producido la rotura del esófago. Procedimiento digno de

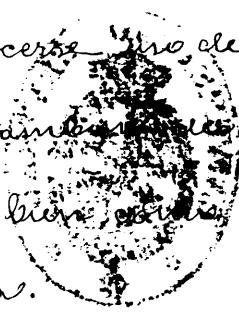
- 144 -

probarse es el de Zechnisen que cita Ebstein  
y al que denomina método de bolas. Se hace  
tragar al enfermo una bola de plata sujetada  
a un fiador la cual por su propio peso, en mas  
o menos tiempo pasa la estrechez, volviéndole  
a repasar al extraerlo por medio del hilo. Hay  
bolas de diametro distinto desde 2 a 7 mm. las  
que se hacen tragar necesariamente, hasta que sea  
la estrechez permeable a la sonda. Se facilitan  
la mayor parte de cateterismos, por los distintos me-  
dios indicados, con el uso del espectroscopio. Cuando  
el esófago se halla algun tanto desviado, sobre todo  
si lo está por debajo de la dilatación, resulta muy  
difícil a pesar de repetidos tanteos  el pasar  
de la porción desviada y existe el grave riesgo  
de que penetrando la sonda en el saco se produzca

la perforación de este con todas sus consecuencias.

El esofagoscopio al ponernos a la vista el sitio estrechado obvia los temores y descubre la mayor parte de veces la abertura de la estrechez facilitando la introducción de la sonda. Epstein se vale de este medio para introducir cilindros de laminaria.

Hacker recomienda la esofagoscopia como elemento preliminar de toda clase de intervenciones. Con el esofagoscopio podría intentarse con bastante seguridad la canterización de bridas o placas carcinomatosas como han preconizado Hamburger, Schindler, Hacker, Andrews etc. Para ello podría hacerse uso de del pincel y porta cáusticos, sino también de un termo canterio, ara galvanica o bien, como Rosenheim el canterio de porcelana.



- 146 -

Antes de proceder a los medios quirúrgicos, puede ensayarse la electrolisis que ha proporcionado algunas ventajas sobre todo en las estrecheces fibrosas y menos en las carcinomatosas. Para efectuar la electrolisis se emplea una sonda faringea en cuya extremidad inferior se adapta una sonda de metal terminada en una bola que hace las veces de polo negativo y que se introduce en la estrechez. El polo positivo, formado por una lámina plana y ancha se aplica a las paredes del torax encima mismo de la piel. La intensidad de la corriente suele variar de 15 a 17 miliamperes, sin prolongar su aplicación mas allá de un minuto. La electrolisis se ha practicado también desde la fistula gástrica. Se fort usaba una corriente de 15 miliamperes en los estenosis cica-

triciales y de 35° en las cancerosas, manteniéndola en el primer caso 30 segundos y en el de cáncer 15 solamente.

La esofagotomía interna, puede estar indicada en algunos casos de estenosis cicatricial cortas ó semiaunulares, pero es de necesidad que la estrechez sea permeable pues conviene siempre cortar de abajo arriba. Es operación que puede prestarse a graves consecuencias, por cuyo motivo se ha practicado poco. Además, cuando la estrechez es permeable a una sonda ofrece en muchos casos fundadas esperanzas de poderle dilatar por los medios que llevamos expuestos.

En 1861 Maisonneuve ~~propuso~~ por vez primera la operación, valiéndose de un instrumento que cortaba de arriba abajo y de

- 148 -

de parecida construcción a un uretostomo. Este procedimiento ha sido completamente abandonado pues es fácil herir órganos vecinos y además aunque no se llegue a esto puede iniciarse toda la pared del esófago en la entrada de la estrechez, como ha sucedido. Los instrumentos empleados hoy, incinden la estrechez de abajo arriba y en el momento de retirarlos. De ahí que sea precisa la permeabilidad de la estenosis. Algunos autores, han preferido hacer múltiples y pequeñas incisiones en vez de una sola. Por medio del esofagoscopio podría facilitarse la operación, pues sería más fácil guiar el instrumento. Tiene no obstante el inconveniente de no podermos ~~afectar~~ <sup>afectar</sup> la ~~es-~~ <sup>es-</sup> ta mas que el plano superior de la estrechez.

- 149 -

Puede con el esperarse algun resultado en las estenosis membranosas cortas ó cuando hay que vencer una brida simplemente. Puede usarse para la incision un simple bisturí, ó el termo cauterio. Gillaux (1) recomienda una hoja cortante del aparato de Collin, puede tambien hacerse uso del galvanico cauterio. No hay duda de que solo la esofagoscopia puede justificar la esofagotomia interna. MacKensie cree que la mayor parte de operaciones de este clase han tenido un desenlace fatal. Billroth en un caso que fue seguido de muerte, practicó la incision, habiendose introducido la sonda en una falsa via. Entre 14 operaciones de esta clase efectuadas en estrechas cicatriciales, murieron 4 inmediatamente no constando ninguna curacion.

(1) Cirugia clinica 2. 1.º pag. 374.

¿Como tratar del modo debido una herida de esta naturaleza para evitar la supuración? y acaso no puede originarse una nueva brida efecto de la cicatrización? Solo en casos muy contados y discutibles creemos aconsejable la esofagotomía interna.

La esofagotomía externa se aplica de un modo especial en las estrecheces de la porción cervical, pero puede tambien intentarse y estar indicada, para procurarse mas fácil acceso en las situadas mas profundamente. La operación se verifica a veces como preparacion a la extirpacion de la estrechez, caso raro en las cicatriciales y mas aun en las carcinomatosas. Verificase con mas frecuencia para la incision de la estrechez que puede ser unicamente externa, pero que tambien



puede combinarse con la interna como mas adelante indicaremos. Ejecutase tambien para dilatar las externas situadas por debajo de la porcion cervical, puesto que es algo mas facil practicarla desde la abertura esofagica que desde la boca, y por ultimo para aprovechar la fistula, para la introduccion de alimentos.

La esofagotomia, puede practicarse del siguiente modo: previos asepsias o desinfeccion correspondiente de la parte, anestesia etc. se practica la incision cutanea, al nivel del cartilago tiroideo, junto al borde anterior del esterno derecho mastoideo. Esta incision se practica a la izquierda ya que el esofago se encuentra en este lado y por detras de la traquea. Se coloca al enfermo en posicion semi-sentado y con la cabeza in-

clinada hacia la derecha. Practicada la incision cutanea, se incinde el musculo cutaneo y la aponeurosis superficial, por encima del esterno mastoideo. Se diseca a lo largo del borde interno de este musculo, procurando evitar la vena yugular. Se desvia hacia fuera dicho musculo, y se incinde la aponeurosis media, haciendo lo mismo con el esterno clerido mastoideo en caso de que no pueda llevarse hacia fuera. Las grandes vasos cubiertos por su vaina, se desvian tambien hacia fuera y el externo interno y la glandula tiroidea hacia dentro. Las arterias tiroideas superior e inferior se salvan si se puede o si no, se cortan entre dos ligaduras. El esofago se reconoce por sus fibras longitudinales, color rojo, y por el nervio vago en su reconocimiento, introduciendo una sonda

por la boca en caso de que la estenosis esté por debajo del sitio en que se opera. Cuando conviene practicar la incision del esofago en la parte mas inferior posible del mismo, puede secionarse la extremidad external del musculo externo mastoideo, para poder trabajar con mas libertad. La incision del esofago se practica en dos tiempos cortando primero la tunica muscular y despues la mucosa sujetas entre dos pinzas. En la esofatomia externa, la estrechez se corta a lo largo al igual que se hace en la uretra con objeto de que al cicatrizar se combata la estrechez en direccion mas bien transversal. Desde la abertura del esofago, sea por encima o por debajo de la estrechez, se practica la incision de esta, despues de haber procurado pasar

- 154 -

una sonda por la luz de la misma. Las mas aptas para este tratamiento, son las estrecheces cortas de la porcion cervical, especialmente cuando son membranosas, en lengüeta o bien anular. Es menos recomendable este tratamiento para las estrecheces tubulares, pero como estas no siempre se diagnostican perfectamente, puede darse el caso, que ocurrió a Albert, de encontrarse una estenosis de este clase donde se sospechaba una de anular. En este caso podria ensayarse la esofagotomía combinada, si bien en muchos casos hay que recurrir a la gastrotomía.

Algunas veces se ha utilizado la abertura para alimentar por ella al enfermo, introduciendo un tubo. Billroth la aprovechaba para dilatar por los procedimientos anteriormente indicados las estreche-

ces situadas en la porción torácica. Mukowski, desde la fístula esofágica, ha dilatado una estrechez situada por arriba y otra que se hallaba en la porción torácica.

Los resultados de la esofagotomía en general son poco satisfactorios. En la clínica de Bergmann de 9 enfermos, murieron 4. Se dieron casos operados por Hacker, murieron 6 entre estos, dos de mediastinitis. Gross, cita cinco casos de los que 4 terminaron por muerte. Entre los casos de Billroth, si bien se operaron enfermos con estenosis, la operación se practicó para la extracción de cuerpos detenidos en el punto estrechado y se aprovechó la abertura para la dilatación. Aun en los casos favorables se mantiene la curación mediante la continuación

del cateterismo.

La esofagotomía combinada es una reunión de la esofagotomía externa y la interna, de tal suerte que la primera, viene a ser un primer tiempo de la segunda. Esta operación presupone que desde la herida del esófago podrá atravesarse la estrechez aunque sea con un instrumento muy delgado. Gussenbauer, fue el primero que en 1880 combinó la esofagotomía externa con la interna. Después de abrir el esófago en la porción cervical, se introduce desde la herida, una sonda de botón delgada, sobre la que se desliza otra sonda fina acanalada que sirve de guía a un herniotomo, mediante el que se pueden practicar distintas incisiones en diversos sentidos.

Se introduce despues un tubo de drenaje que se deja algunos dias, y despues se comienza a sondar con regularidad por la boca.

Se puede practicar esta operacion, cuando siendo permeable la estrechez no ocupa un sitio excesivamente bajo. En las estenosis del tercio inferior es peligroso practicarla por la dificultad de guiar el instrumento, dada la distancia a que hay que operar. Las estenosis tubulares no se prestan para practicar la esofagotomia combinada. Esta operacion, tambien poco ha tenido muchas aplicaciones. Se produce una herida en el interior del esofago sujeta a la infeccion y a procesos flegmonosos dificiles de evitar. La dilatacion obtenida, es poco duradera, pues de no continuar el

tratamiento con la sonda se reproduce la estrechez, adquiriendo al poco tiempo el mismo grado que antes. Algunas veces, apenas se logra introducir una sonda fina, cosa que se facilita después de haber practicado la gastrotomía ya que el esófago queda en un estado de reposo casi absoluto.

En la mayor parte de casos ha habido necesidad de recurrir a esta operación después de la esofagotomía, por lo tanto, en todos los casos en que el resultado de la operación no tenga de ser fundamentalmente satisfactorio, conviene abstenerse de practicarla y recurrir a la gastrotomía o gastrostomía.

En las estenosis callosas y anulares, en las tubulares, a condición de que sean cortas y aúne en las cancerosas, con tal de que la neoplasia no se haya propagado a los órganos vecinos y este circuns-



crita a' una pequeña extensión del esófago, podría intentarse la esofagectomía ó extirpación de la porción estenosada, así como la esofagoplastia.

Debemos añadir, como condición indispensable, que la estrechez ha de ser cervical pues en los pocos casos (Ouvrier, Levy, Biondi) en que se ha intentado practicarla en las regiones torácica ó abdominal, ha sido seguida de muerte. Son raros los casos de estrechez cicatricial en que debe recurrirse a' la esofagectomía. En casos de estrechez tubulares cortas, limitadas a' la porción cervical, podría iniciarse simplemente la mitad anterior del tubo esofágico, substituyéndolo por medio de la esofagoplastia. Sea cualquiera la naturaleza de la estrechez puede operarse del modo siguiente: El campo operatorio, conviene que sea mayor de

lo que hemos aconsejado para la esofagotomía, a cuyo objeto se desprende la inserción esternal del músculo externo cleido-mastoides. En los casos de estenosis cicatricial, suele operarse a la izquierda, pero cuando es carcinomatosa, puede haberse desarrollado el tumor a la derecha y en este caso hay que practicar la operación en este lado. Para llegar sobre el esófago, se sigue el camino indicado al ocuparnos de la esofagotomía. Cuando se trata de estenosis cancerosa, se comprende la necesidad de que los cortes correspondan a tejidos sanos y a la mayor distancia posible de los límites del tumor. Cuando es posible se deja un delgado puente de mucosa o bien parte de la pared posterior, para facilitar después la esofagografía. Si después de una resección

- 161 -

anular, los bordes del esófago no distan mas que unos cuatro centímetros, puede intentarse la sutura directa. En caso de no ser esto posible, es conveniente suturar la parte inferior del esófago, con el ángulo inferior de la herida, para facilitar de este modo la esofagoplastia. Si la porción reseca es tan grande, que ni esto es posible se ligan las dos porciones del esófago abandonandose la inferior en el tórax y practicando al momento la gastrostomía. La esofagoplastia se practica, sustituyendo por piel la parte del esófago reseca. Se forman dos colgajos cutáneos, rectangulares que se suturan entre sí o con el puente de mucosa si hemos podido conservarlo. Se unen estos colgajos por arriba y por debajo con las partes posteriores de la faringe

- 162 -

y del esófago. En un segundo tiempo y una vez cortados los pedículos, se suturan por delante entre sí y después por arriba y abajo con las partes anteriores de la faringe y del esófago.

Después de la operación, cuando se han suturado los extremos del esófago, hay que sondear al enfermo puesto que de no hacerlo sobreviene una estenosis cicatricial a la que debemos oponernos desde el principio. Podríamos decir con certeza que esta operación es la única esperanza en los casos de carcinoma, si se resolviese antes de que ocupara una gran extensión, o se hubiese propagado más, por desgracia, pocos enfermos se prestan a ella cuando las molestias que sienten no son

insuportables.

Mediante la abertura del estomago, podemos realizar principalmente dos fines. Alimentar al paciente gastrostomía y facilitar la dilatación de la estrechez gastrostomía. La indicación principal de estas operaciones, existe cuando el esófago está cerrado por completo al paso de toda clase de instrumentos y no permite el paso de los líquidos en la cantidad necesaria para el sostenimiento de la vida. La prudencia, aconseja, hasta que punto debe esperarse, por lo que toca a esta última condición.

La mayor parte de autores, aconsejan practicarla cuando no es posible sondar al enfermo por ninguno de los procedimientos hasta aquí indicados. Eichhorst, confiesa que si la estadística de es-

- 164 -

tas operaciones no ha sido muy brillante, debese en gran parte a lo tardío de la intervención puesto que ya se encontraban los enfermos en un estado tal de demacración que era casi imposible que resistiera las operaciones. A los procedimientos operativos actuales, antisepsia y asepsia, anestesia, etc. etc. se debe la generalización de la gastrotomía que han alejado por completo los fundados temores de la peritonitis. En el cáncer del esófago, debería practicarse la gastrotomía al principio del mal, pues, suprimida la irritación producida por el peso de las sustancias, el tumor se desarrolla con mas lentitud, permitiendo la vida del enfermo hasta mas de un año. En las estrecheces cicatriciales, si se opera a tiempo los resultados son bastante satisfactorios. Gracias al reposo del esófago,

- 165 -

se logra atravesar estrecheces impermeables a los instrumentos, llegandose a rehabilitar la vía bucal.

El procedimiento operatorio, varía algo tanto según se trate de establecer la gastrostomía (boca en el estómago) o se pretenda únicamente la dilatación retrograda. De todos modos hasta poner el estómago al descubierto, el procedimiento es el mismo. Indicaremos el seguido por Gabbi.

A un dedo del reborde de las falsas costillas izquierdas se practica una incisión de 5 a 6 cms. o poco mas de largo que sea paralela al borde dicho y cuya extremidad inferior, termine en el cartilago de la novena costilla. Se abre la cavidad abdominal, dividiendo los tejidos capa por capa. Por lo comun se presenta a la vista la cara anterior del estómago, reconocible por su superficie blanca

gris, perfectamente liso y de cuya curvadura mayor se desprende el epiglon mayor. Si se pone al descubierto el colon transversal, se le reconocerá por las abolladuras que presenta. Si no aparece el estómago, vagare en busca del lóbulo izquierdo del hígado detrás del que se encontrará. Al llegar aquí, puede abrirse inmediatamente o bien si hay que establecer una fistula permanente, se sutura el estómago a los bordes de la herida cuidando de haber suturado tambien el peritoneo visceral con el parietal. Si la alimentación del enfermo no urge mucho es conveniente esperar unos días, antes de abrir el estómago. Labbe aconseja 8 días para esperar la adherencia completa. La abertura del estómago, debe procurarse que sea lo mas pequeña posible. Para la gastrostomía, basta



con que permita el paso de una sonda de 15 mm..  
Establecido el trayecto, puede dejarse unos días  
aplicado el tubo que deberá retirarse lo mas  
pronto posible, para introducirlo solamente en el  
momento de la introduccion de alimentos, evi-  
tandose de este modo que salga jirgo gástrico por  
entre la fistula y el tubo que ojiere los bordes de  
la herida o produce por lo menos una artema  
sumamente molesto. Hacher, aconseja valerse del  
músculo recto en el que practica una incision lon-  
gitudinal para construir un verdadero esfinter.

La gastrotomia, aplicada al  
tratamiento de las estrecheces, es actualmente  
la operacion cruenta que se emplea con mas  
frecuencia y mayor fundamento. A mas de  
que puede darse algunos dias de reposo al esofago

por aprovechar la vía gástrica, se obtienen brillantes resultados del cateterismo retrogrado. Una vez abierto el estómago, guiándose con el dedo se procura introducir una sonda desde el estómago a la estrechez, y si no se logra puede ensayarse la introducción de algunos de los instrumentos citados ya.

Si por un medio u otro se logra la permeabilidad, se introduce por la boca un tubo de drenaje o un trozo de gasa yodoformica (Kendal y Breck) se sutura el estómago, continuando el tratamiento dilatador desde la boca. Este procedimiento, que ha dado resultados mas o menos satisfactorios a Catani, Andrews, Wilson Branks y algun otro, no es el seguido por la mayoria ya que al tener abierta la fistula, vale mas aprovecharse de ella para alimentar al enfermo a lo menos mientras dura

el tratamiento de dilatación retrógrada, no cerrando la herida hasta que puede hacerse por la boca. Para el cateterismo retrógrado pueden emplearse la mayor parte de sondas y aparatos citados para efectuar la directa. Ya hemos citado que Hoffmann ha usado el esofagoscopio. Si la luz del esofago está completamente cerrada no hemos de desesperar de que con el tiempo ceda el paso, pues ya llevamos dicho que el reposo absoluto del tubo esofágico, mitiga la irritación que producen cuando menos los conatos de deglución que el enfermo ejecuta, permite no pocas veces el paso de candelillas endurecidas, cuerdas de tripa etc. Lo que hay que hacer, es, en estos casos, probar de vez en cuando, si resulta el cateterismo. En caso de que no habra necesidad de conservar la fistula

para la alimentacion. Si la estrechez es permeable para los líquidos, Socin, aconseja hacer tragar al enfermo un perdigón sujeto a un hilo, el que haciéndole salir por la fistula pondrá en comunicacion a esta con la boca, pudiendo servir para hacer pasar un delgado tubo por la estrechez. Beske, en vez de un perdigón, hacia tragar un nudo del mismo hilo que se extraía del estómago por medio de un pequeño aparato o mejor llenando de agua el estómago, la cual al vaciarse por la fistula, arrastra el hilo. Puede ensayarse el llamado cateterismo sin fin que consiste en introducir por medio del hilo, un tubo de drenaje que se deja por algun tiempo, hasta 2 horas. Al retirar el tubo queda el hilo que se utiliza para volverlo a introducir. Por el mismo

procedimiento pueden introducirse sondas, olivas, esferas, cuñas etc. Se ha efectuado alguna vez la esofagotomía externa, para facilitar el cateterismo entre el esófago y estómago por las fistulas en ellos abiertas; mas este procedimiento debe hallarse fundado en una seguridad de éxito que pocas veces se tiene, pues de lo contrario es un nuevo mal que el enfermo ha de soportar puesto que ya hemos apuntado las contingencias que consigo lleva la esofagotomía. Puede en determinados casos intentarse la perforación de la porción ocluida. Introduciendo una sonda por la boca hasta la estrechez y otra por la fistula gástrica, hasta tropezar con la estenosis, podemos apreciar la longitud de esta por los datos que hemos expuesto. Si la capa que separa ambas sondas es muy del-

gada, puede hacerse la perforacion como la efectuaron Osilbroth y Mikulicz quienes se valieron de una sonda de metal aguda. Hjort, se valió de la fistula gastrica para introducir el electrodo, uniendo en 14 dias una estenosis que habia resistido los otros tratamientos.

No podemos dar por terminado cuanto al tratamiento se refiere sin antes hablar someramente de la dietetica que es preciso seguir, y de los medios farmacológicos que hay que poner en practica en algunas ocasiones, para aliviar al enfermo. Sea cual fuere la naturaleza y forma de la estrechez tiene importancia la alimentacion del enfermo. Rechazaremos los alimentos solidos, haciendo mano de los liquidos o semisolidos para exponernos a la irritacion que pueden ocasionar.

- 123 -

nar los primeros, y huir del estancamiento que siempre es menos probable con los líquidos. Se procurará administrar alimentos bien nutritivos, leche tueros, extractos recién preparados etc. Cuando la alimentación se hace por la fistula gástrica puede efectuarse como indicamos en el segundo caso que tuvimos ocasion de observar en el Hospital de Santa Cruz y que a continuación citamos.

Como ya hemos dicho en otra parte, la obstrucción del esófago puede ser tal que impida el paso de los líquidos en cantidad suficiente para reparar las pérdidas del enfermo, y si bien en este caso están indicadas otras operaciones que ya hemos indicado, conviene no obstante un periodo de preparacion, o mejor dicho no están los enfermos en condiciones de resistir la operación alado el

estado general y en este caso hay que buscar otras vías de alimentación. El recto, es una de las mas socorridas vías que se emplean a pesar de las diferencias de parecer que por lo toca a su absorción, sostienen los autores. Los enemas alimenticios, creemos que deben adaptarse pues son muchos los casos que se registran probando la utilidad de los mismos. Hanguat (1) mediante el enema de Guyardín Beaumontier pudo alimentar a un atáxico durante dos meses, hasta que curado de un afecto gástrico pudo volver a utilizar la vía alta. Dicho enema consiste en un vaso de leche con adición de una yema de huevo, se hechan dos cucharadas de postre de peptona salada o dos de grandes de peptona líquida, luego cinco gotas de laudano y finalmente 0.50 gramos de bicarbonato de sosa. Es conve-

(1) Hanguat. Tratado elemental de Fisiología. Tom. I.º p. 651



niente hacer llegar el enema lo mas alto posible y debe el enfermo sostenerlo tanto como pueda.

Antes del enema alimenticio, se propinasa uno de limpieza. Mediante estos enemas peptonizados, Darreberg (Plangnat loc. cit.) pudo alimentar a un enfermo de estrechez organica del esofago, durante catorce meses.

Las inyecciones subcutaneas alimenticias de aceite, leche, jugo de carne, sangre defibrinada, yema de huevo etc. molestan y exponen al enfermo sin que le proporcionen grandes ventajas. Las sustancias inyectadas, si se absorben directamente, poco servirán para la nutrición viniendo a hacer las veces de cuerpos extraños en la circulación que obligan al organismo a trabajar para expulsarlos, y los cambios que pueden sufrir, no son suficientes para su asimilación. La

facilidad con que originan flemones y las muchas ventajas que proporcionan, son suficientes para rechazar el uso de las inyecciones alimenticias.

Las inyecciones de suero artificial al contrario de las alimenticias, merecen todas nuestras simpatías. La sed, mucho mas que el hambre molesta al pobre enfermo, sed que es debida a la disminución de líquidos por la falta de injeso. La inyección subcutánea de suero, no solo combate la sed, sino que levanta el tono orgánico, regularizando todas las funciones. Una larga observación que pudimos hacer de los efectos de las inyecciones en una niña atrepsica que nos fue confiada por el ilustrado catedrático de Pediatría de Barcelona, me han convencido de la maravillosa influencia que sobre el organismo ejercen. Antes de media hora de haber propinado la inyección, se nota que el pulso

- 177 -

late con mas regularidad y rigor, los movimientos respiratorios son mas amplios, la temperatura desciende en los febricitantes, y se levanta en los hipotermicos, la lengua se humedece, se regularizan las secreciones y si hay fenomenos nerviosos, y se levanta en los hipotermicos, la lengua se humedece, se regularizan las secreciones y si hay fenomenos nerviosos desaparecen en multitud de casos, experimentando el enfermo un alivio considerable. A mas de lo indicado se comprende la necesidad de combatir sintomas determinados. En las estrecheces cancerosas, sobre todo pueden experimentarse agudos dolores que es preciso combatir con analgicos y mas con narcoticos. Para evitar las fermentaciones lacticas, butiricas, etc. de las sustancias detenidas por encima de la estrechez en la dilatacion cuando existe se recomienda el acido

clorhídrico, el bórico, salicílico, la creosota etc. Pueden y aun suelen emplearse una serie de medicamentos de acción duodora y resultados pocos brillantes o nulos pero que algunas veces han proporcionado alivio, tales son: el yoduro potásico, la ergotina, preparados de beleño, belladona, ciculina etc.

En el cancer, se ha recomendado la tintura de Eupha Occidentalis en toques pero no la hemos visto recomendada por ningún autor moderno. El esculerango cuya utilidad en el cancer del estómago parece bastante aceptable, tampoco lo hemos visto citado en lo que hace referencia al del esófago. En las estenosis espasmódicas, se procurará combatir la anemia y el estado nervioso que origina el espasmo. Podemos asegurar que los medios farmacológicos solo podemos utilizarlos para combatir síntomas para aliviar al enfermo.

---

## VIII

### Observaciones ineditas

---

#### 1ª

La enferma objeto de esta historia se llamaba D.<sup>a</sup> B. de 23 años de edad, soltera, jornalera y natural de San Felin de Guixols. Entró en el Hospitai de la Sta. Cruz de Barcelona el día 3 de Setiembre de 1846 ocupando la cama n.<sup>o</sup> 10 de la sala del P.<sup>o</sup> José Oriol. La enferma no acusaba antecedentes morbosos ni en ella ni en su familia. Un año antes trajo por equivocacion una cantidad de ácido clorhídrico de que tanto abuso se hace en Barcelona. Algún tiempo despues de consumidos los accidentes consecutivos a la ingestion del caustico, comenzó a sentir dificultades en la deglucion que fueron aumen-

- 180 -

tando hasta la fecha de entrada en el hospital en que se opuso una estrecha cicatricial que no permitia el paso de la sonda aun las mas estrechas " que estaba situada en la inmediacion del cardiac. El dr. D. Antonio Bartolomeu medico de numero del hospital y jefe de la visita, despues de intentar con mucho cuidado el cateterismo y convenciendose de la dificultad de pasar la sonda aconsejó esperar a que el esofago presentase mejores condiciones para el cateterismo, pues estaba sumamente inflamado, añadiendo que en caso de no ceder la inflamacion necesitaba la gastrotomia. El dia 15 de Setiembre despues de algun esfuerzo, uno de los internos de la visita logro pasar el cateter, venciendo al pasar el mismo la curvatura cardiaca, introduyo despues una sonda de goma por la que pudo pasar una cantidad de leche.



- 181 -

La enferma tuvo desde este momento un gran malestar, dolores intensos y continuos que se atribuyeron a intolerancia gástrica, dado el tiempo que el estómago no recibía alimentos; pero los dolores aminoraron, la enferma se puso fría, desencapada el día 16 y como en aquella fecha el Dr. Parkmann se hallaba ausente de Barcelona, el Dr. Praventó creyó indicada la gastrotomía y la practicó el día 17. Verificada la operación la enferma se colapsó rápidamente falleciendo a las pocas horas de practicada la intervención quirúrgica.

Autopsia: Se comprobaron en ella la estrechez del esófago que era casi tubular por su longitud. Por encima de lo estrecho existía una dilatación del esófago, verdadera ampolla en cuyo fondo se encontraba una perforación del esófago hacia su cara anterior. Debajo de esta había una cantidad de leche mezclada con líquida.



- 182 -

dos putrefactos estando todos los tejidos circunvecinos  
algun tanto mortificados. Por debajo del diafragma ha-  
bía un foco de peritonitis.

---

2ª

La paciente objeto de este historial, se llamó R.  
C. de 19 años de edad, soltera, muchacha de servicio y  
natural de San Andrés de Palmar, B. C. ingresó  
en el hospital el día 25 de febrero de 1901, cuando  
la cama n.º 4/c. de la ya citada sala.

La enferma menstruaba desde los 15 años con



- 183 -

alguna irregularidad, trastornos cloro-anémicos no ofreciendo otros antecedentes patológicos ni en ella ni en sus ascendientes y colaterales.


Unico mes antes de su entrada en el hospital de la Sta Cruz, habia ingerido, segun decia por equivocacion, cierta cantidad de acido clorhidrico. Por efecto de los primeros dias y curadas la inflamacion y ulceraciones esofagicas conyugientes, quedo con cierta dificultad al tragar que se ha acentuado considerablemente desde hace dos meses. En la actualidad, logra con algun esfuerzo la ingestion de liquidos siendo imposible la de los solidos ni aun los liquidos espesos (sopas etc.) con las bujias esofagicas, se comprueba la existencia considerable en la porcion baja del esofago, a unos 15 cms. de la sorida hasta 33 cms. desde el area de entrada de cuyo momento una violenta contraccion del esofago tiende



a' expulsarla. Existia ligero catarro gástrico. Durante 2 meses se le habia practicado el cateterismo a' dias alternos sin que en ninguna de estas ocasiones se lograse el paso de la sonda. El día 1.<sup>o</sup> de Marzo se quejó de molestias producidas por esofagitis, siendo difícil el paso de la leche a' través de la estrechez, presentaba vómitos y estreñimiento. A' los pocos dias se calmó este estado, volviendo a' pasar la leche si bien con la dificultad que ya antes experimentaba. Se le habia prescrito una poción purgante. En lo restante del mes de Marzo, toleró la leche en muy pequeñas cantidades haciéndose cada vez mas difícil el paso de los líquidos. Permeabilizada la esofagitis y expulsió con frecuencia mucosidades sanguinolentas y algunas veces sangre procedente de las ulceraciones del esófago, sin que encontrase alivio alguno con las medicaciones puestas

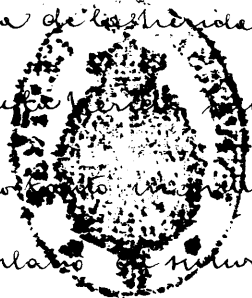
- 185 -

en práctica (cloruro morfina entre ellas) y habiendo provocado la última tentativa de cateterismo un considerable aumento de todas las molestias, llegó al extremo de devolver todo lo que tragaba, pasando solo al estómago algunas gotas de leche y aun con extrema dificultad. El estado general de la enferma decayó rápidamente perdiendo fuerzas y desnutriéndose por defecto de alimentación, por cuales motivos y atendiendo la dificultad e imposibilidad de practicar un buen cateterismo y a los peligros de este atendido el estado del rofago decidíase proceder a la práctica de la gastrostomía que se efectuó el día 2 de Abril por el ilustrado y hábil operador ya citado Dr. Barthelemy. Retirada la enferma, pues se temía el peligro por temor a sus complicaciones ya que se temía que el acto operatorio podría resultar de alguna duración,

prepara la enferma con baños y enemas preparatorios, desinfección etc. etc. practicare en la región gástrica una incisión de 6 a 7 centrs., cuyo límite inferior es una línea al nivel del 9 cartilago costal izquierdo, en dirección paralela al reborde costal y a cose de un traves de dedo de las mismas costillas; incindiendolo hasta el peritoneo y abierto este en toda la extensión de la herida, quedo' enteramente al descubierto la cara anterior del estómago apreciandose la gran curvadura y el apuesto gastro-cólico, sin que estorbaren la operacion ni el colon transverso, ni el borde izquierdo del higado. Sacado al exterior una porcion del estomago y sujetado por medio de unas pinzas de garfio, se removio la pared de este con las pinzas circundantes por medio de una  serie de puntos de sutura que comprendian el estomago, peritoneo, musculos y piel,

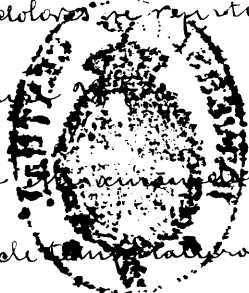
- 187 -

formando al exterior una corona, teniendo la precaucion de atravesar unicamente las tunicas serosa y muscular del estomago, para que las sedas no pudiesen infectarse al sobresalir por la mucosa gastrica, asi como tambien la precaucion de introducir la aguja del segundo punto un poco mas atras que la del primero y asi sucesivamente, al objeto de que cerrada completamente la herida gastrica y contactando sus paredes con la herida exterior, no pudiese haber en modo alguno penetracion de sustancias en el peritoneo. Practicase luego la puncion del estomago en el sitio comprendido entre la corona de suturas debiendo contenerse en este momento la hemorragia de la herida gastrica, suturando luego los bordes de la herida mucosa incluyendola a la piel y dejando por tanto comunicado el peritoneo por este segundo plano de sutura. Introducir



- 188 -

por un grueso tubo que penetraba en el estómago unos  
6 centímetros y salía al exterior unos 25 cerrando su ex-  
tremidad interna a beneficio de un grueso impenetrable  
que quedaba fuera del apósito. Cura aseptica al igual  
que toda la operacion. No sobrevino incidente algu-  
no ni durante, ni despues de la operacion. El pulso 120,  
temperatura  $37^{\circ}5$  sin colapso. Por la tarde pulso 116, tem-  
peratura  $38^{\circ}2$  la enferma presentaba buen aspecto, orinó  
espontaneamente estando las orinas cargadas de uretos.  
Apareció la menstruación. Como la enferma aquejaba  
algunos dolores en la region epigástrica se le propino una  
inyección de 1 cgr. de clorhidrato de morfina. A los  
10 de la noche persistiendo los dolores se repitió la in-  
yección el pulso 116 temperatura  $38^{\circ}2$   
El día siguiente la enferma ~~se encontraba~~ tiene 116  
pulsaciones por minuto y  $38^{\circ}$  de temperatura durante



- 189 -

las 24 horas la enferma no habia tomado nada absolutamente. Se levanto' la cura para dejar bien tranquilo el tubo gastrico. La herida perfectamente bien sin muchazon ni dolor en sus alrededores, ningun fenomeno peritoneal, ligero dolor difuso en el epigastrio. Se le hizo tomar una cucharada de leche cada hora y pequenas cantidades de Champagne vedado. La primera cucharada de leche la recibio' perfectamente (10 mañana) pero despues de la 2.ª (11 mañana) y conituyendo con una fuerte impresion moral que recibio' por haberse permitido la visitase su padre, sobrevino un violento colapso, quedando sin conocimiento, perfirgerade 124 pulsaciones y poniendose en grave estado. Mediante inyecciones de cafeina repetidas, se logro' reponerla sobre todo a las 4 de la tarde con la primera cucharada de Champagne vedado, pulso 116

- 110 -

temperatura  $37^{\circ}5$ . Expelió durante el segundo día 750 gramos de orina muy urática.

El tercer día se presentaron fenómenos cerebrales, debidos sin duda a la presión del tubo, pues retirado este o mejor cambiado por otro más pequeño, desaparecieron instantáneamente. Como la lengua seguía seca desde el principio y la temperatura se mantenía a  $37^{\circ}5$  se propuso a la enferma una poción purgante para que la tomase en los intermedios de la alimentación que consistió en leche hervida a cuartada cada hora. A las 10 de la noche pulso 140, temperatura  $37^{\circ}8$ . Hubo una deposición fétida. El día cuarto la enferma presenta aún mejor aspecto, la lengua está menos seca, han desaparecido los dolores; pulso 112, temperatura  $37^{\circ}9$ . Prescripción: una cucharada de leche cada 2 horas y Champagne. A las 11 de la noche pulso 110, temperatura  $37^{\circ}9$ .



- 191 -

sanilla y glicerina. Durante este día expulso 350 gramos de orina, menos urtica que los días anteriores. Descanso bastante por la noche y a ratos durante el día.

El día quinto, la cantidad de orina que de 1400 gramos de los cuales 450 fueron completamente claros.

La temperatura osciló entre 38 y 39 grados lo que se atribuyó a' acitificación intestinal, el resto del organismo había mejorado. Prescripción 1 vasito de leche y Champagne cada 2 horas, 2 jicaras del purgante en los intermedios, enemas y limpieza de la boca.

El día siguiente 6 había mejorado notablemente el estado general, la temperatura oscilaba entre 37 y 37.5 pulso 90, cantidad de orina 2000 gramos. Desde este día cesó el flujo menstrual. Prescripción el mismo. Durante los días siguientes, la temperatura ha sido mejorando más que se pensara en vista de lo extraordinaria-

- 192 -

rio que deba citarse.

El día 23 de Abril, 21 días después de la operación se pesó a la enferma arrojando el peso de 46'50

Kgs. El día 26 como hubiese mucho escape de li-


quido nigricio, al rededor del tubo, y se presentase la piel irritada y algo escoriada al rededor de la

herida, se sujetó el tubo permanentemente, colocando sucesivamente un taponamiento de gasa aséptica e in-

truyendo un tubo de menores dimensiones cada vez que debía nigerir alguna sustancia, con lo que se

logra reducir en breve espacio de tiempo el calibre de la fistula y disminuir casi en totalidad el escape

de los materiales nigeridos.

El día 6 de Mayo la alimentación de la enferma consiste en 2000 gramos de ~~alimento~~  y dos veces al día, a las horas ordinarias de la ~~comida~~ una ración de

- 193 -

caldo, dos huevos desleídos, y unas 60 grms. de vino, todo lo que tolera perfectamente habiendo recobrado bastante las fuerzas. Alta 21 Mayo de 1899.

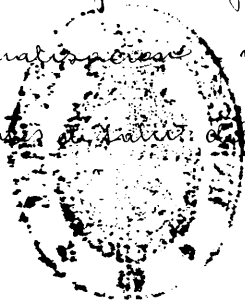
De este modo continuo mejorando visiblemente el aspecto general. Concorre en esta enfermedad, una circunstancia digna de tenerse en cuenta. Conoció perfectamente lo que tomaba por el gusto, de tal suerte, que acertaba si los alimentos estaban salados y si eran muy agrios o poco. En una ocasión se le propuso vino mezclado con agua carbonica, diciendole que se le daba Champagne, como de ordinario se hacia para favorecer la digestion en determinadas circunstancias, pues bien, desde los primeros momentos, dió á entender que se le engañaba inutilmente. Tal vez debiera ligera indisposicion que se combatia con relativa facilidad, la enferma mejoró tanto que en 21 Mayo de 1899 tomó

- 194 -

el alta. Durante su permanencia en la clínica se intentó, varias veces, inutilmente el cateterismo.

No se acaba aquí el fin de este notable observación que tuvimos el gusto de seguir desde el principio gracias a la amabilidad del citado Dr. Bartomeus a quien debemos el mas profundo reconocimiento.

Por deficiencia de medios materiales, no pudiendo cuidarse en su casa, se vio obligada la enferma a venir de nuevo al hospital donde ingresó el 5 de junio del mismo año de 1899. La enferma presentaba desatendidos gastro-intestinales, tenía fiebre 39°. Se redujo la alimentación, administrase un purgante, lograndose en fin, al poco tiempo la normalización, volviendo al mismo regimen que antes de salir del beneficio establecido.



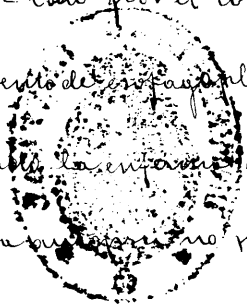
- 195 -

Hacia tiempo que un Dr. procuraba convencerla de la seguridad con que mediante una operacion podria volverse a alimenton por la boca.

Algunas veces habia ella manifestado el Dr. Bartumeus el deseo que tenia de dejarse operar, pero habia cedido convencida a las razones del mismo.

En 9 de Agosto del año siguiente, 1900 aprovechando uno de los dias en que el Dr. Bartumeus se hallaba fuera de Barcelona exigió el alta, sin querer esperar la opinion del noble operador a cuyos cuidados debia la vida porque, segun dijo, estaba convencida de que cederia como siempre a sus razones y ademas estaba resuelta a juzarse el todo por el todo.

A los pocos dias se practicó un intento de prolapso plastico, que no presenciamos, manubriendo la enferma en la misma mesa de operaciones. La enferma no pudo



- 196 -

practicarse porque segun se dijo se opuso a' ello la familia.

---

3<sup>a</sup>

El enfermo objeto de esta observacion se llamaba J. B. natural de Acri, provincia de Gerona de 47 años de edad, soltero, de oficio labrador. El 12 de octubre 1901 ingreso en el Hospital de la Sta. Cruz ocupando la cama n.º 13, pie de la sala de San Pedro. Su enfermedad esta a cargo del Dr. Pedro Izquierdo. Este sujeto es de buena familia y amor al trabajo soy deudor de esta observacion,

- 197 -

por haberme permitido asistir a su visita.

El enfermo no ofrecía precedentes movimientos personales, ni en sus antecesoros. Había usado con moderación el alcohol, de suerte que no podía llamarse alcohólico ni ofrecía ningún síntoma de este estado. En lo que el enfermo abusaba de un modo raro, era en la temperatura de los alimentos, gustaba de tomarlos lo más calientes posibles, hasta el punto de que muchas veces, tenía que devolverlos por quemarse las fauces. Es el único dato en que podemos fundar la etiología de su padecimiento. Hacía cuatro meses que se veía molesto de disfagia, lo que al principio apenas advertió, pero que después fue acentuándose hasta que más tarde llegó al estado actual. Solo en contadas ocasiones ha sentido dolor, ignorándose al paso de los alimentos.



Reconocido el enfermo se encuentra en la parte posterior izquierda de la caxiga, intusmus movable, libre en sus movimientos de los del árbol respiratorio, que se extiende desde la parte media de la laringe hacia abajo perdiéndose a la palpación. Los ganglios cervicales del mismo lado se encontraron infartados. El enfermo que crecio meses antes estaba grueso y colorado se halla en un estado de demacracion extraordinaria, color pajizo, caquectico. En el resto del cuerpo no hay mas lesiones que un ligero infarto ganglionar en las axilas e ingles. Apenas puede tragar los líquidos, que evita la tos y los devuelve, junto con una abundante secrecion mucosa, sanguinolenta a veces y que no solo se produce cuando intenta beber, sino que lo hace de continuo manifestando grandemente al enfermo que apenas puede descansar. El dolor es muy



- 199 -

remiso y en pocas ocasiones le molesta. La cavidad retrobucal y faríngea están hiperemiasadas y con el dedo se pueden tocar vegetaciones. Aparentemente repetidas veces el cateterismo usando sondas de diversos diámetros resultando completamente imposible. La sonda tropezaba con numerosas vegetaciones que partían de toda la circunferencia del órgano que barraban por completo la luz del tubo, que apenas era permeable a los líquidos. La auscultación, que completamente negativa, solo se percibían ruidos faríngeos. Por debajo del tumor no se percibiría ningún ruido. Propuesta con pocas esperanzas la gastrostomía, ya que la esofagotomía no era posible por penetrar el tumor en el tórax y estar ya propagado, el enfermo la rechazó, pidiendo el alta y volviendo a su familia en cuya compañía murió el día 14 de diciembre 1901.

## Conclusiones.

---

- 1.<sup>a</sup> Las estenosis esofágicas pueden ser originadas por cuerpos extraños, cicatrices, neoformaciones, irritaciones y por compresión de las partes vecinas. También pueden atribuirse a un estado de nerviosismo especial.
- 2.<sup>a</sup> Las estenosis patológicas, suelen radicar en los sitios normalmente estrechados del esófago.
- 3.<sup>a</sup> Las estenosis de los tercios medio e inferior, van acompañadas, por regla general, de dilatación supraestenótica.
- 4.<sup>a</sup> Antes de practicar el cateterismo es preciso estar seguros de que no existe *contraindication*.
- 5.<sup>a</sup> Es conveniente la generalización del empleo

del esofagoscopio.

6.<sup>a</sup> En terminos generales, tanto si empleamos la gastrostomia como la gastrostomia, debe practicarse dicha intervencion antes de que la estrechez impida el paso de los liquidos en cantidad suficiente para la alimentacion del enfermo.

7.<sup>a</sup> Practicada la gastrostomia, gracias al refoso que al esofago proporciona, puede lograrse que la estrechez se haga permeable para la sonda.

Madrid 14 Junio 1902. Ybe dicho.



Rosé Martí y Casas

